

Das Erleben von Auswirkungen eines Schädelhirntraumas auf die Soziale Identität – Welche Handlungsempfehlungen ergeben sich daraus für die Ergotherapie?

Evamaria Estermann
15560246

Carolina Bühler
13941125

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: ER15
Eingereicht am: 4. Mai 2018
Begleitende Lehrperson:
Arbenz-Purt Dietlinde

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Anmerkungen:

Hervorzuhebende Begriffe werden kursiv geschrieben.

Begriffe, die aus dem Englischen direkt übersetzt wurden, jedoch so im Deutschen eigentlich nicht verwendet werden, werden mit „“ gekennzeichnet, um Interpretationsfehler zu vermeiden.

Mit *Autorinnen* sind in der gesamten Arbeit die Autorinnen der vorliegenden Arbeit gemeint. Für alle anderen Urhebende werden *Forschende*, *Forschungspersonen* oder *Verfassende* synonym verwendet.

Personen mit Hirnverletzung (insbesondere Schädelhirntrauma) werden, wie in der Ergotherapie üblich, mit *Klientinnen* und *Klienten* bezeichnet und schliessen die Begriffe Patientinnen und Patienten, wie sie in der Literatur häufig vorkommen, ein. Entsprechend werden verwandte Begriffe wie *Klientenzentrierung* verwendet.

Mit *Betroffene* sind stets die Personen mit der Hirnverletzung gemeint, ihre Angehörigen ausgeschlossen.

Die Autorinnen verwenden, analog zu den zitierten Verfassenden, *Soziale Identität* in Einzahl und Mehrzahl. In Einzahl kann es sich um eine einzelne Soziale Identität handeln oder um die Gesamtheit aller Sozialen Identitäten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	6
1. Einleitung	7
1.1 Problemstellung und Begründung der Themenwahl	7
1.2 Zielsetzung	10
1.3 Fragestellung	10
1.4 Theoretischer Hintergrund	10
1.4.1 Das Selbst	10
1.4.2 Die Soziale Identität	12
1.4.3. Schädelhirntrauma und seine Auswirkungen	13
1.4.4 Veränderungen des Selbst insbesondere der Sozialen Identität	15
1.4.5 Enablement Skills der Ergotherapie	18
2. Methodisches Vorgehen	20
2.1 Schlüsselwörter	20
2.2 Literaturrecherche	21
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	21
2.4 Selektionsprozess der Hauptstudien	23
2.5 Beurteilung der Forschungsqualität	26
2.6 Vorgehen beim Modellübertrag	26
2.7 Begrifflichkeiten	26
3. Hauptstudien	28
3.1 Übersicht der Hauptstudien	28
3.2 Zusammenfassung der Studie von Freeman, Adams und Ashworth (2015)	30
3.3 Würdigung der Studie von Freeman, Adams und Ashworth (2015)	32
3.4 Zusammenfassung der Studie von Martin, Levack und Sinnott (2015)	34
3.5 Würdigung der Studie von Martin, Levack und Sinnott (2015)	37

3.6 Zusammenfassung der Studie von Gelech und Desjardins (2011).....	39
3.7 Würdigung der Studie von Gelech und Desjardins (2011).....	42
4. Diskussion.....	44
4.1 Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Ergebnisse der Hauptstudien	44
4.1.1 Verändertes Selbst bzw. veränderte Soziale Identität.....	44
4.1.2 Diskrepanz zwischen der Sicht der Betroffenen und der Sicht des sozialen Umfeldes	45
4.1.3 Veränderte Soziale Beziehungen.....	46
4.1.4 Abhängigkeit.....	48
4.1.5 Etwas zurückgeben.....	49
4.2 Theorie-Praxis-Transfer (inkl. Modellübertrag)	50
4.2.1 Advocate	50
4.2.2 Coach.....	52
4.2.3 Collaborate	53
4.2.4 Coordinate.....	54
4.2.5 Engage.....	55
5. Schlussfolgerung.....	57
5.1 Beantwortung der Fragestellung.....	57
5.2 Limitationen	59
5.3 Offene und weiterführende Fragen.....	60
Verzeichnisse	61
Literaturverzeichnis	61
Abbildungsverzeichnis.....	66
Tabellenverzeichnis.....	66
Danksagung	67
Wortzahl.....	68
Eigenständigkeitserklärung.....	68

Anhänge	69
Anhang A - Ergänzungen zum theoretischen Hintergrund: Selbst und Identität	69
Selbst und Identität.....	69
Selbst als Subjekt und als Objekt.....	71
Explizite und implizite Selbstkenntnis.....	72
Persönliche, soziale Quellen (inkl. Soziale Identität) und Selbstnarrativ	72
Mentale Repräsentation: Selbstkonzept und Selbstwertgefühl	73
Die Soziale Identität	75
Anhang B - Ergänzungen zum theoretischen Hintergrund: SIMIC und CDMSII	78
SIMIC (Social Identity Model of Identity Change)	78
CDSMII (Cognitive-Developmental Model of Social Identity Integration).....	83
Anhang C - Zusammenfassungen und kritische Würdigungen der Hauptstudien.....	87
AICA-Hilfstabelle der Studie Freeman, Adams & Ashworth (2015).....	87
AICA-Hilfstabelle der Studie Martin, Levack & Sinott (2015).....	98
AICA-Hilfstabelle der Studie Gelech und Desjardins (2011)	113

Abstract

Einleitung

Ein Schädelhirntrauma kann die Aufnahme von Betätigungen erschweren und Veränderungen der Sozialen Identität hervorrufen. Die Person, die Betätigungen und ihr sozialer Kontext stehen in wechselseitigem Zusammenhang. Die Soziale Identität, als Wissen über eigene Gruppenzugehörigkeiten, ist Teil des Selbstkonzeptes und bietet Grundlage für soziale Unterstützung. In der ergotherapeutischen Literatur besteht dazu eine Forschungslücke.

Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, wie Erwachsene die Auswirkungen eines Schädelhirntraumas auf ihre Soziale Identität erleben. Daraus sollen ergotherapeutische Handlungsempfehlungen hergeleitet werden.

Methode

Nach einer Literaturrecherche in ergotherapeutischen, medizinischen, soziologischen und psychologischen Datenbanken wurden für die Beantwortung der Fragestellung drei Hauptstudien inkludiert. Die Haupteckensteine daraus wurden über zwei Modelle in Bezug zur Sozialen Identität gesetzt. Hergeleitete Praxisimplikationen wurden ausgewählten Enablement Skills zugeordnet.

Ergebnisse

Folgenden Themen wurden von den Autorinnen dieser Arbeit identifiziert: Verändertes Selbst, Diskrepanz zwischen der Sicht der Betroffenen und der Sicht der sozialen Umwelt, veränderte soziale Beziehungen, Abhängigkeit, etwas zurückgeben.

Schlussfolgerungen

Durch ein klientenzentriertes Vorgehen werden Betroffene unterstützt, viele Soziale Identitäten nach einem Schädelhirntrauma zu erhalten oder neue in ihr Selbst zu integrieren. In der Ergotherapie kann über Betätigung das Zusammenspiel zwischen der Person und ihrem sozialen Kontext beeinflusst werden.

Keywords

traumatic brain injury, acquired brain injury, social identity, occupational therapy, experience

1. Einleitung

“[...] people judged me. It affected my ability to re-engage in the activities that I did before. Like netball, I was a really good goal shooter before the accident, and I was invited back on the team, but because of the fear that I wouldn't be as good as before I didn't end up doing it [...].” (Muenchberger, Kendall & Neal, 2008, S. 986)

Dieses Zitat zeigt auf, was auch Ponsford (2013, zit. nach Walsh, Muldoon, Gallagher & Fortune, 2015) berichtet: Können Erwartungen und Anforderungen an frühere Rollen nach einem Schädelhirntrauma (SHT) nicht mehr erfüllt werden, so ist ein Identitätsverlust eine wahrscheinliche Folge davon. Das Scheitern wird von den Betroffenen als Bedrohung des Selbst wahrgenommen und kann dazu führen, dass sie sich aus solchen Situationen zurückziehen (Riley, Brennan & Powell, 2004, zit. nach Gracey & Ownsworth, 2012). Weniger soziale Kontakte (Jones, Jetten, Haslam & Williams, 2012; Walsh et al., 2015) und eine reduzierte Teilhabe in Betätigungen (Klinger, 2005; Shorland & Douglas, 2010) können die Folge sein.

1.1 Problemstellung und Begründung der Themenwahl

Nach Angaben der Schweizerischen Gesellschaft für Neurologie werden in der Schweiz jährlich über 20'000 Patientinnen und Patienten mit einem SHT im Spital behandelt (Gunti, 2014). 50% der Betroffenen sind ein Jahr nach einer Hirnverletzung in ihren emotionalen, kognitiven, körperlichen, verhaltensbezogenen und sozialen Funktionen moderat bis schwer beeinträchtigt (Thornhill, Teasdale, Murray, McEwen, Roy & Penny 2000, zit. nach Jones et al., 2012). Folgen davon zeigen sich z.B. bei Alltagsaufgaben, individuellen Gedanken über sich selbst und in persönlichen Beziehungen. Ein SHT erschwert zudem, sich in Betätigungen zu engagieren (Klinger, 2005).

Aus ergotherapeutischer Sicht sind Betätigungen alltägliche Aktivitäten, die ein Mensch tun muss, will oder die von ihm erwartet werden (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2012). Sie werden alleine oder in Gesellschaft ausgeführt, um dem Leben Bedeutung und Ziel zu geben. Betätigungen spielen eine zentrale Rolle bei der Identitätsbildung und deren Ausdruck (Kielhofner, 2008). Christiansen (1999) unterstreicht: Betätigung ist ein Mittel, um die eigene Identität auszudrücken. Dieses Ausdrücken der Identität sei notwendig, um soziale Anerkennung zu erlangen. Ob diese soziale

Anerkennung tatsächlich erlangt wird, sei abhängig von der Fähigkeit, sich als kompetente Person in der Betätigung darzustellen. Das Niveau der dafür erforderlichen Kompetenz werde durch Erwartungen der Person selbst und ihrem sozialen Umfeld bestimmt.

Weiter betont Christiansen (1999), dass die Person und ihr sozialer Kontext nicht getrennt voneinander betrachtet werden

können, weil Identität in der Gesellschaft gebildet, durch Beziehungen geformt und mit anderen ausgehandelt werde. Es wird deutlich: Die Bereiche Betätigung, sozialer Kontext und Person hängen zusammen - auf verschiedene Weisen (Abbildung 1).

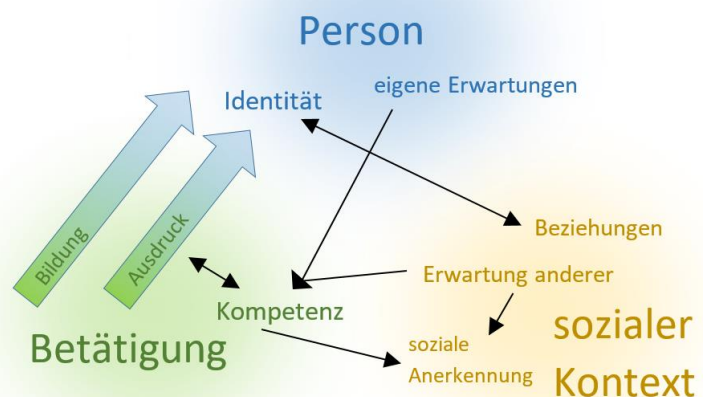


Abbildung 1. Zusammenhänge zwischen Betätigung, sozialer Kontext und Person.

Dass sich das SHT, als einschneidendes Lebensereignis mit seinen vielfältigen Folgen auf alle drei Bereiche und auf ihr Zusammenspiel auswirkt, zeigt sich auch in der anfangs zitierten Aussage eines SHT-Betroffenen (vgl. Muenchberger et al., 2008).

Verschiedene Forschende fordern, dass bei Diskursen über Gesundheit und Wohlbefinden, insbesondere bei SHT, der Bereich des Sozialen in Verbindung mit Identität nicht untergehen darf: Neben einem individuell-psychologischen soll auch ein sozialpsychologischer Blickwinkel eingeschlossen werden (Douglas, 2012; Gracey et al., 2008; Haslam, Jetten, Postmes & Haslam, 2009; Walsh et al., 2015). Jetten, Haslam und Haslam (2012) empfehlen, sich dabei an einen einheitlichen Ansatz zu halten - den Ansatz der Sozialen Identität. Soziale Identität wird als Teil des Selbstkonzepts definiert, welcher dem Wissen über die eigene Gruppenmitgliedschaft, dem Wert und der damit verbundenen emotionalen und sozialen Bedeutung entspricht (Jonas, Stroebe & Hewstone, 2014). Soziale Identität wird durch die Zugehörigkeit zu und Identifikation mit sozialen Gruppen bestimmt (Jobson, 2009). Sie ermöglicht Gruppenverhalten und bietet dadurch eine Grundlage für gegenseitige soziale Einflüsse und positive soziale Interaktionen (Walsh et al., 2015). Weiter wird davon ausgegangen, dass soziale

Interaktion eine Grundlage für soziale Beziehungen bildet. Damit verbundene soziale Unterstützung kann den Stress, der z.B. durch einschneidende Lebensereignisse wie ein SHT entsteht, reduzieren und dadurch trotzdem Wohlbefinden ermöglichen (Walsh et al., 2015). Bei SHT kann es jedoch auch zu Veränderungen der Sozialen Identität mit entsprechenden Auswirkungen auf das psychologische Wohlbefinden kommen: Je eher Betroffene einen Unterbruch in ihrer Gruppenzugehörigkeit erleben, umso mehr wird ihr psychisches Wohlbefinden beeinträchtigt (Jetten & Pachana, 2012) - eine mögliche Erklärung, warum soziale Isolation und Depression nach SHT vorkommen (Douglas, 2012). Wird nicht rechtzeitig und adäquat darauf reagiert, besteht die Gefahr, dass daraus langfristige Probleme entstehen. So betonen Jones et al. (2012) die Wichtigkeit, effektive Therapien zu entwickeln.

Nach Hirnverletzungen ist die Ergotherapie als eine der häufigsten Therapieformen ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation (Fragile Suisse, 2012). Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten stellen den Menschen und seine Handlungsfähigkeit ins Zentrum und befähigen zu Betätigungen, wie z.B. Aktivitäten des täglichen Lebens oder der Teilhabe an der Gesellschaft (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014; Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz, 2011). Mit diesem einzigartigen Fokus auf Betätigung und Handlungsfähigkeit sind Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in einer passenden Position, um in das Zusammenspiel von Betätigung, sozialem Kontext und Person unterstützend einzuwirken. Walsh et al. (2015) stützen dies mit ihrer Erkenntnis, dass sich die „mit Betätigungen verbundene Identität“ und die „mit dem Gruppenzugehörigkeitsgefühl verbundene Identität“ positiv beeinflussen und Wohlbefinden fördern können.

Die Lebenswelten von Klientinnen und Klienten, ihre Soziale Identität und deren Entwicklung im Lebensverlauf sind sehr individuell (Muenchberger et al., 2008). So soll in dieser Arbeit der Fokus auf der subjektiven Sicht der Betroffenen liegen - darauf wie sie die Auswirkungen eines SHTs auf ihre Soziale Identität erleben. Dieser Einblick soll helfen, ihre Bedürfnisse besser zu verstehen und in die Therapie zu integrieren. Daraus ergeben sich folgende Zielsetzung und Fragestellung:

1.2 Zielsetzung

Durch diese Arbeit soll herausgefunden werden, wie Erwachsene die Auswirkungen eines Schädelhirntraumas auf ihre Soziale Identität erleben. Aus den subjektiven Beschreibungen des Erlebens sollen Handlungsempfehlungen für die ergotherapeutische Praxis hergeleitet werden. Die Bedürfnisse der Betroffenen sollen somit besser verstanden und im Rehabilitationsprozess integriert werden können.

1.3 Fragestellung

Wie erleben Erwachsene die Auswirkungen eines Schädelhirntraumas auf ihre Soziale Identität und welche Handlungsempfehlungen lassen sich daraus für die Ergotherapie ableiten?

1.4 Theoretischer Hintergrund

Es gibt verschiedenste Theorien rund um die Themen *Selbst*, *Identität*, *Soziale Identität* und *Schädelhirntrauma*. Die folgenden Erläuterungen sollen aufzeigen, wie die Autorinnen diese Begriffe für ihre Arbeit definieren.

Um das Konstrukt der Sozialen Identität besser zu verstehen, wird diese im Selbst eingeordnet. Die eigens erstellte Grafik (Abbildung 2, S. 11) soll unterstützen, dem Text zu folgen, ist jedoch nicht in sich geschlossen. Die hierarchische Darstellung wird den Interaktionen der aufgezeigten Aspekte untereinander nicht gerecht und gibt lediglich eine Idee einer möglichen Einordnung. Es werden nur diejenigen Punkte der Darstellung im theoretischen Hintergrund aufgegriffen, die für die weitere Arbeit und deren Verständnis essentiell sind. Für ausführlichere Erläuterungen sei auf den Anhang A (S. 69-77) verwiesen.

1.4.1 Das Selbst

Obwohl die Autorinnen in ihrem Verständnis grundsätzlich wie Christiansen (1999) zwischen Selbst und Identität unterscheiden, werden im weiteren Verlauf der Arbeit die Begriffe gleichgesetzt und nur noch der Begriff *Selbst* verwendet, ausser bei Sozialer Identität und Persönlicher Identität. Eine Begründung dafür ist im Methodenteil (S. 26/27) zu finden. Die Autorinnen nutzen neben der Definition von Christiansen (1999) für das

Selbst die damit kompatible von Jonas et al. (2014). Beide machen deutlich, wie wichtig die Interaktion mit der sozialen Umwelt für die Bildung des Selbst bzw. der Identität ist.

Jonas et al. (2014) heben in ihrer Beschreibung hervor, dass das Selbst sozial konstruiert ist. Mit seinem Verhalten präsentiere man sich und beeinflusse damit die Reaktion des Gegenübers auf dieses Verhalten. Diese Reaktion interpretiere man aktiv und kreierte daraus ein Gefühl dafür, wer man ist. Somit werde das Selbst in der Interaktion mit anderen durch einen aktiven sozialen Konstruktionsprozess, den man selbst mitgestalte geformt. Das Selbst zeige unterschiedliche Aspekte in unterschiedlichen sozialen Kontexten und werde somit durch den sozialen Kontext beeinflusst.

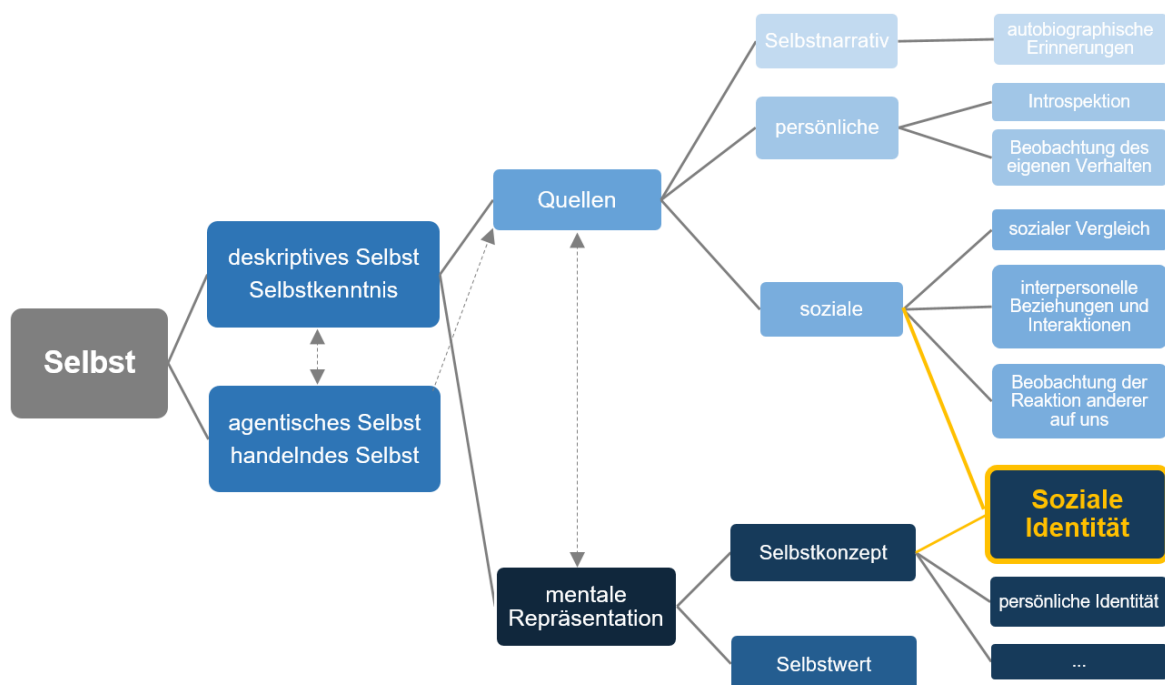


Abbildung 2. Das Selbst. In Anlehnung an „Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning,” von C. H. Christiansen, 1999, *The American Journal of Occupational Therapy*, 53, S.547-558. Und *Sozialpsychologie* (S. 141-195), von K. Jonas, W. Stroebe und M. Hewstone, 2014, Berlin: Springer.

Jonas et al. (2014) unterscheiden zwischen dem *deskriptiven Selbst* und dem *agentischen/handelnden Selbst*.

Das deskriptive Selbst, bzw. die *Selbstkenntnis* lasse sich aus zwei Blickwinkeln betrachten: Woher die Selbstkenntnis kommt - das sind die *Quellen* – und wie die Selbstkenntnis kognitiv im Gehirn dargestellt ist - gemeint ist die *mentale Repräsentation*.

Bei den Quellen unterscheiden Jonas et al. (2014) zwischen *persönlichen* und *sozialen* Quellen, sowie dem *Selbstnarrativ*. Zu den sozialen Quellen gehöre auch die *Soziale Identität*. Unter Selbstnarrativen verstehen Jonas et al. (2014) aneinandergereihte *autobiographischen Erinnerungen*. Sie ermöglichen trotz eines variablen kontextabhängigen Selbst, ein Gefühl von Kohärenz und Kontinuität zu entwickeln.

Zur mentalen Repräsentation der Selbstkenntnis zählen u.a. das *Selbstkonzept* und das *Selbstwertgefühl* (Jonas et al., 2014). Das Selbstkonzept umfasse alle Überzeugungen, die man über sich selbst hat – eine Sammlung von Inhalten der eigenen Selbsterfahrungen (inkl. charakteristische Merkmale, Rollen, Werte, Ziele, Gefühle etc.) und somit, laut den Autorinnen, auch die Soziale und Persönliche Identität.

Das Selbstkonzept gibt den eigenen Erfahrungen Kohärenz und Bedeutung (Jonas et al., 2014). Es beeinflusse u.a. die Bewertung und das Empfinden des Selbst im Jetzt. Das wiederum komme im *Selbstwertgefühl*, der Gesamtbewertung in Bezug auf sich selbst, zum Ausdruck.

Aus den Beschreibungen von Jonas et al. (2014) schlussfolgern die Autorinnen zudem, dass es ohne das handelnde Selbst zu keinen Erfahrungen kommt, die man im deskriptiven Selbst und schlussendlich im Selbstkonzept integrieren kann. Somit fungiert das handelnde Selbst als Grundlage der Quellen. Gleichzeitig bestimmt das deskriptive Selbst mit, wie eine Person handelt (vgl. Abbildung 2, S. 11).

1.4.2 Die Soziale Identität

Aus den Beschreibungen von Jonas et al. (2014) wird ersichtlich, dass die Soziale Identität Quelle für die Selbstkenntnis ist, die sich mental im Selbstkonzept und Selbstwertgefühl repräsentiert. Jonas et al. (2014) stützen sich, wie Jetten et al. (2012) in der Beschreibung der Sozialen Identität sowohl auf die „Social Identity Theory“ von Tajfel und Turner (1979, zit. nach Jonas et al., 2014) als auch auf die Weiterentwicklung dieser Theorie in Form der Selbstkategorisierungstheorie (Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell, 1987, zit. nach Jonas et al., 2014). Mit dem Ansatz der Sozialen Identität¹ werden diese beiden Theorien zu einem einzigen sozialpsychologischen Ansatz zusammengenommen (Jetten et al., 2012). Im Kontext dieser Theorien wird Soziale Identität beschrieben als „der Teil des Selbstkonzepts, der unserem Wissen über unsere Gruppenmitgliedschaft und dem Wert,

¹ frei übersetzt aus dem Englischen von „Social Identity Approach“

der emotionalen und der sozialen Bedeutung entspricht, die wir damit verbinden“ (Jonas et al., 2014, S. 530). Somit nehme man die sozialen Gruppen, mit denen man sich identifiziert (Eigengruppen), in sein Selbstkonzept auf. Diese Sozialen Identitäten bestimmen mit, wer man ist und man leite daraus Selbstkenntnis ab. Sie beziehen sich auf die gemeinsamen Merkmale der Mitglieder der Eigengruppe, die sie von Fremdgruppen unterscheiden. Diese werden zur Definition der eigenen Person genutzt (Jonas et al., 2014). Beispiele für Soziale Identitäten sind das soziale Geschlecht, der Beruf oder abstrakte Gruppenzugehörigkeiten, die sich durch Merkmale wie Selbstständigkeit (zu selbstständigen Personen gehören) oder Beeinträchtigung (zu Personen mit Hirnverletzung gehören) ergeben. Nach (Jonas et al., 2014) bezieht sich die Persönliche Identität, im Unterschied zur Sozialen Identität, auf individuelle, charakterbezogene Selbstmerkmale, die das Individuum als einzigartigen Menschen und somit auch von den Mitgliedern der Eigengruppe unterscheidbar definieren. Je nach Situation beeinflusse entweder die Persönliche Identität oder die Soziale Identität das eigene Verhalten stärker. Gemäss den Autorinnen können beide Formen, als Teil des Selbstkonzepts, aus sozialen und persönlichen Quellen gewonnen werden und das Selbstwertgefühl beeinflussen.

Iyer, Jetten & Tsivrikos (2008) gehen davon aus, dass jeder Mensch ein Netzwerk von untereinander verbundenen Sozialen Identitäten hat, die je eine Gruppenmitgliedschaft repräsentieren. Es handle sich dabei um aktuelle, vergangene oder zukünftige Gruppenmitgliedschaften. Alle Sozialen Identitäten als gesamtes Netzwerk beeinflussen die Wahrnehmung, die Gefühle und das Verhalten einer Person, sowie auch das Gefühl von Selbst-Kontinuität (Iyer et al., 2008). Nach Amiot, de la Sablonnière, Terry und Smith (2007) sind im Selbst integrierte Soziale Identitäten untereinander verbunden, werden nicht mehr als fragmentiert wahrgenommen und tragen zur Kohärenz des Selbst bei. Soziale Identitäten können sich immer wieder verändern und entwickeln (Amiot et al., 2007).

1.4.3. Schädelhirntrauma und seine Auswirkungen

Durch äussere Gewalteinwirkung auf den Schädel können strukturelle Schäden am Gehirn, Kopfschwarte oder Schädel verursacht werden, welche unter dem Begriff Schädelhirntrauma zusammengefasst werden (Piek, 2005). Je nach Intensität der äusseren Gewalteinwirkung, kann diese von einer blossen Prellung bis zu einer tiefgreifenden Hirnquetschung führen (Greenberg, 2013). Daraus resultierende

Hirnnervenstörungen können sich in neurologischen Ausfällen und neuropsychologischen Folgen äussern (Firsching & Ferbert, 2008). Neurologische Ausfälle zeigen sich in der Sinneswahrnehmung (Tiefensensibilität, etc.) und in der Motorik (Hemiparese, etc.). Neuropsychologische und kognitive Einschränkungen umfassen beispielsweise Aphasie, Persönlichkeitsveränderungen, reduzierte Affektkontrolle, Schwierigkeiten in der Handlungsplanung und Konzentration. Teilweise können die Betroffenen solche Folgen nur schlecht benennen und beschreiben, resp. erkennen sie nicht (Firsching & Ferbert, 2008; Strandberg, 2009). Es kommt vor, dass neuropsychologische Ausfälle zu wenig beachtet werden und sich besonders bei der Wiedereingliederung im Alltagsleben (Greenberg, 2013) sowie bei der Rückkehr an die Arbeit (Firsching & Ferbert, 2008; Strandberg, 2009) störend bemerkbar machen. Kognitive Beeinträchtigungen können auch die emotionale Anpassung erschweren, indem sie Selbstüberwachung, Bewusstsein von Stärken und Schwächen, Verarbeitung von Selbstrepräsentationen und Aktualisieren eines neuen Selbst behindern (Gracey & Ownsworth, 2012).

Insgesamt zeigen sich vielseitige Folgen nach einem SHT: Schwierigkeiten in emotionalen, kognitiven, körperlichen und sozialen Bereichen (Gracey & Ownsworth, 2012), sowie in den Fähigkeiten sich zu betätigen (Klinger, 2005; Shorland & Douglas, 2010). Gemäss Strandberg (2009) kommt es häufig zu einer Abhängigkeit von anderen und dabei teilweise zu Autonomieverlust. Unterstützung von der Seite der Familie, sowie vom Gesundheits- und Sozialwesen sei in dieser Zeit nötig. Hierbei erzählen Betroffene von Rollenveränderungen und Veränderungen in sozialen Beziehungen: Oft werden familiäre Beziehungen vertieft und Beziehungen zu Freunden gehen teilweise verloren. Gemäss Gracey und Ownsworth (2012) belasten Defizite der Selbstregulierung von Gefühlen und Verhalten (inkl. Enthemmung), fehlendes Krankheitsbewusstsein, reduzierte Motivation und emotionale Gleichgültigkeit Beziehungen besonders. Nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für ihre Familien und ihr soziales Umfeld ist ein SHT ein enormer Stressfaktor (Douglas, 2012). Insbesondere weil es sich um ein unerwartetes Ereignis handelt, gefolgt von einem langen Prozess der Anpassung an alle krankheitsbedingten Herausforderungen, wie z.B. die Konfrontation mit den Verletzungsfolgen, langandauernde Behandlungen mit unsicherer Zukunft, Produktivitäts- und Arbeitsverlust, finanzielle Probleme und Schwierigkeiten, angemessene Unterstützung zu erhalten (Gracey & Ownsworth, 2012).

In Anbetracht solch starker Lebensveränderungen, des Erlebens der Schwierigkeiten gefolgt von Scheitern (vgl. Zitat von Muenchberger et al., 2008) und der Schwierigkeiten in der emotionalen Anpassung verwundert es nicht, dass Depression und soziale Isolation (Douglas, 2012) vorkommen können. Es scheint jedoch durchaus Betroffene zu geben, die von Wachstum und verbessertem Wohlbefinden nach SHT berichten (Gendreau & de la Sablonnière, 2014; Gracey & Ownsworth, 2012).

Betrachtet man die Lebensqualität und -zufriedenheit über längere Zeit, so zeigen sich ebenfalls negative und positive Aspekte: Zwei Jahre nach der Verletzung fühlen sich Betroffene, was ihre Lebensqualität betrifft, im Vergleich zur restlichen Bevölkerung deutlich schlechter (Forslund, Roe, Sigurdardottir & Andelic, 2013). Mehr als zwanzig Jahre nach dem SHT geben sie jedoch eine hohe Lebensqualität und -zufriedenheit an (Brown et al., 2011).

Ob und wie es Menschen nach einer Hirnverletzung gelingt, sich an die veränderte Lebenssituation anzupassen und Wohlbefinden zu empfinden, ist sehr individuell (Gracey & Ownsworth, 2012).

1.4.4 Veränderungen des Selbst insbesondere der Sozialen Identität

Alleine aus der Tatsache, dass das Selbst sozial konstruiert ist, wird klar, dass es nicht starr ist. Veränderte soziale Interaktionen und Beziehungen bieten Möglichkeiten für Veränderungen des Selbst. Grundsätzlich müssen dafür gemäss Jonas et al. (2014) folgende Aspekte zusammenkommen:

- Das eigene Verhalten muss sich ändern,
- andere müssen konsequent anders auf einen reagieren,
- man muss selbst an die neuen Auffassungen über die eigene Person glauben.

Bei einer Transition sind diese gegeben. Nach Schlossberg (1994, zit. nach Bell, 2002) ist eine Transition ein Ereignis, welches zu Veränderungen im Selbst und den Gedanken über die Welt führt, gefolgt von verändertem Verhalten und veränderten Beziehungen. Man spreche nur von Transition, wenn sie von Betroffenen als solche wahrgenommen wird. Veränderungen im Selbst, durch Transitionen, betreffen immer die persönliche und die Soziale Identität (Jones et al., 2012). Ereignisse, wie das SHT, können eine Transition darstellen (Bell, 2002; Jones et al., 2012).

Um den Prozess der Veränderung der Sozialen Identität besser zu verstehen und später darauf basierend Implikationen herzuleiten, wurden zwei Modelle genutzt:

- „Social Identity Model of Identity Change (SIMIC)“ nach Iyer et al. (2008) und Jetten, Haslam, Iyer und Haslam (2010)
- „Cognitive-Developmental Model of Social Identity Integration (CDMSII)“ nach Amiot et al. (2007)

Im Folgenden werden die für diese Arbeit relevanten Aspekte daraus erläutert. Eine ausführlichere Beschreibung der Modelle ist dem Anhang B (S. 78-86) zu entnehmen.

Veränderungen in den Sozialen Identitäten, infolge von Transitionen, führen zu Stress (Jetten et al., 2010) und reduziertem Wohlbefinden (Iyer et al., 2008). Sie erfordern Anpassungen von der Seite des Individuums (Iyer et al., 2008). Die Person müsse beginnen, sich als Mitglied neuer Gruppen zu kategorisieren. Dieser Anpassungsprozess beeinflusse die Kontinuität im Selbst. Diese wolle ein Mensch stets aufrechterhalten.

Werde sie reduziert, könne dies negative Auswirkungen auf das psychologische Wohlbefinden haben. Bei grossen Veränderungen in den Sozialen Identitäten könne die wahrgenommene Selbst-Kontinuität verringert und die Akzeptanz von Veränderungen erschwert werden. Das Annehmen von neuen Gruppenmitgliedschaften und somit von neuen Sozialen Identitäten, verläuft individuell unterschiedlich und ist gemäss dem SIMIC nach Iyer et al. (2008) und Jetten et al. (2010) massgeblich vom Netzwerk existierender Sozialer Identitäten der Person abhängig. Je bedeutungsvoller und ausgedehnter eine Soziale Identität im Vergleich zu anderen ist, umso schlimmer ist es, diese zu verlieren oder zu verändern (Jetten et al., 2010).

Weiter besagt das SIMIC: Die Kompatibilität alter und neuer Sozialer Identitäten bestimmt, wie einfach die neue ins Netzwerk bestehender Sozialer Identitäten integriert werden kann (Iyer et al., 2008; Jetten et al., 2010). Das CDMSII ergänzt, dass integrieren in diesem Zusammenhang heisst, sowohl die alte als auch die neue Soziale Identität als einzigartig und positiv zum Selbstkonzept beitragend wahrzunehmen (Amiot et al., 2007). Dies kann gelingen, wenn kognitive Verbindungen zwischen den beiden Sozialen Identitäten gemacht werden, indem:

- Gemeinsamkeiten zwischen ihnen erkannt werden,
- Überlappungen der Beiden vergrössert werden oder

- eine übergeordnete und verbindende Soziale Identität geformt wird (Amiot et al., 2007; Iyer et al., 2008; Jetten et al., 2010).

Gefühle von Bedrohung verschiedenster Art sowie vermeidende Bewältigungsstrategien gelten für den Integrationsprozess als hinderlich, aktive Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung als förderlich (Amiot et al., 2007).

Ein grosses Netzwerk an Sozialen Identitäten zu haben, dient laut SIMIC bei Veränderungen des Selbst als Unterstützung gegen negative Konsequenzen für die mentale Gesundheit, z.B. Stress (Iyer et al., 2008; Jetten et al., 2010). Es können durch viele Gruppenzugehörigkeiten, trotz Veränderung oder Verlust einer einzelnen Sozialen Identität, mehr Soziale Identitäten erhalten bleiben (Jetten et al., 2010). Das unterstütze das Gefühl von Selbst-Kontinuität. Weiter ist der Zugang zu emotionaler und/oder instrumenteller Unterstützung durch die anderen Gruppenmitglieder bei mehr Gruppenmitgliedschaften grösser (Iyer et al., 2008). Zudem liefern mehr Soziale Identitäten mehr „Identitätsmaterial“. Darauf aufbauend können aus bestehenden Sozialen Identitäten neue entwickelt werden (z.B. Erweiterung, Umformung). Speziell bieten bestehende, übergeordnete Soziale Identitäten Unterstützung (Jetten et al., 2010). Beispielsweise bleibt die Identität „Arbeitskraft sein“ erhalten, auch wenn die untergeordnete Identität „bezahlter Arbeiter“ verloren ging, diejenige des „freiwilligen Arbeiters“ aber bestehen blieb.

Grundsätzlich lohnt sich ein Annehmen neuer Sozialer Identitäten, da dadurch eine neue, für weitere Veränderungen unterstützende Soziale Identität gewonnen und Stress gemindert werden kann (Jetten et al., 2010). Dies gilt insbesondere bei neuen Sozialen Identitäten, welche mit dem bestehenden Netzwerk kompatibel sind, da dann die Selbst-Kontinuität erhalten werden kann (Iyer et al., 2008). Gelingt das Annehmen neuer Sozialen Identitäten nicht, besteht die Gefahr, dass die betroffene Person Herausforderungen ausweicht, in der Vergangenheit lebt und nicht mehr partizipiert (Jetten et al., 2010). Damit verliert sie auch den Zugang zu all dem Positiven, das sich aus einer Gruppenmitgliedschaft ergibt: Das Gefühl von Dazugehören, die Identifikation mit einer Gruppe und ihren Merkmalen, eine gemeinsame Perspektive hinsichtlich Motivation, Zielen und einer Bedeutung im Leben (Iyer et al., 2008). Die Soziale Identität und ihre Merkmale fungieren als Anker, geben Stabilität in Transitionen, ein Gefühl von Sicherheit und beeinflussen das Wohlbefinden langfristig positiv (Iyer et al., 2008). Nicht zu vergessen sind die soziale Unterstützung und Teilhabe, die eine Gruppe bieten kann.

1.4.5 Enablement Skills der Ergotherapie

Townsend und Polatajko (2013) beschreiben unter anderem im Canadian Model of Client-Centered Enabling (CMCE) was Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten konkret tun und was ihr Auftrag ist. Dafür bilden die Klientenzentrierung und der Betätigungsfokus Grundlagen. Als Kernkompetenz der Ergotherapie nennen sie die Befähigung (enablement) mit Fokus auf Betätigung. Anhand der zehn *Enablement Skills* als Teil des CMCE, verdeutlichen sie, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Klientinnen und Klienten Betätigungen ermöglichen können und beschreiben darin ergotherapeutische Fertigkeiten. In Tabelle 1 werden alle zehn Enablement Skills mit einer sinngemässen deutschen Übersetzung nach Krieger (2012) vorgestellt. Mehr zu den einzelnen Enablement Skills ist im Theorie-Praxis-Transfer (S. 50-56) zu lesen.

Tabelle 1

Die zehn Enablement Skills des CMCE

Enablement Skill		Beschreibung
englisch	deutsch	
Adapt	adaptieren	anpassen, ergonomisch gestalten, ergonomisch analysieren, zeitlich und räumlich verändern, Tätigkeitsanalyse durchführen, konfigurieren, in Kleinschritte herunterbrechen
Advocate	für jemanden einstehen, jemanden verteidigen	für Rechte einsetzen, juristisch vertreten, Rechte ein- und herausfordern, strategisch politisieren, lobbyieren, mobilisieren, bewusstseinsbildend wirken
Coach	beraten, trainieren	betreuen, supervisieren, ermutigen, führen, Möglichkeiten erweitern, mentorieren, reflektieren, spiegeln, unterstützen
Collaborate	zusammenarbeiten	mitteilen, verknüpfen, vermitteln, Mediation anwenden, kooperieren
Consult	jemanden beraten	beraten, Optionen denken, empfehlen, vorschlagen, vorausdenken
Coordinate	koordinieren	verknüpfen, koordinieren, managen, Prioritäten setzen, vermitteln, synthetisieren
Design/ build	entwerfen/ erstellen	bauen, konstruieren, anpassen, erfinden, entwickeln, visualisieren, umsetzen
Educate	bilden	beibringen, anleiten, erziehen, bilden, vermitteln, instruieren, Transfer ermöglichen
Engage	engagieren	ermutigen, einbeziehen, an Tätigkeiten heranzuführen, Partizipation ermöglichen, Vertrauen aufbauen, motivieren, kreativen Ausdruck ermöglichen, Potential erwecken

Specialize spezialisieren Spezialwissen anwenden, z.B. zu verschiedenen Fachbereichen, Gelenke manuell mobilisieren, kognitiv-verhaltensbezogen fördern, validieren, etc.

Anmerkung. In Anlehnung an „Was tun Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen,“ von B. Krieger, 2012, *Ergotherapie*, 8, S. 15-17.

Die Enablement Skills werden in der Praxis meist kombiniert, automatisch und unbewusst angewendet (Townsend & Polatajko, 2013). Sie kommen zu verschiedenen Zeitpunkten in unterschiedlicher Ausprägung zum Tragen. Die Klienten-Therapeuten-Zusammenarbeit sei dynamisch und veränderbar. Neben der Expertise der Fachperson sei die Expertise der Klientinnen und Klienten hervorgehoben. Sie seien Partner, welche über eigene Enablement Skills verfügen. Townsend und Polatajko (2013) sprechen in diesem Zusammenhang von „Power Sharing“.

2. Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Bachelorarbeit wurde zwischen Dezember 2017 und Mai 2018 als Zweierarbeit verfasst. Die Fragestellung wurde mittels einem integrativen Literaturreview bearbeitet. Das folgende Kapitel umfasst einzelne Schritte der Methodik zur Beantwortung der Fragestellung.

2.1 Schlüsselwörter

Aus der Fragestellung wurden Schlüsselwörter abgeleitet und in englische Keywords übersetzt. Zusätzlich wurde mit Hilfe von Online-Wörterbüchern nach Synonymen, Ober- und Unterbegriffen gesucht. Einige Suchbegriffe wurden im Verlauf der Recherche ergänzt. Entsprechende Schlagwörter wie CINAHL Headings oder Medical Subject Headings (MeSH) wurden gesucht und eingesetzt. Die verwendeten Keywords, Synonyme und Schlagwörter sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Tabelle 2
Suchbegriffe

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme, assoziierte Begriffe	Schlagwörter
Soziale Identität	social identity	(social) self-concept, self, identity, social participation, role, family, relative(s), relationship, friends, friendship, colleagues, relation, partner, couple, marriage, wife, husband, spouse, society, community, (identity) transition, (identity) transformation, (identity) variation, shift, (identity) alteration, (identity) change, (identity) adaptation, adjust, sense of community, social identification, group identity, social role	<u>MeSH:</u> Social Identification, Self Concept, Identification Psychology, Social Participation, Family, Friends, Social Support, Community Integration, Community Participation <u>CINAHL Headings:</u> Social Identity, Self Concept, Social Participation, Family, Support Psychosocial
Schädelhirntrauma	traumatic brain injury	acquired brain injury, ABI, TBI, trauma, traumatic, head injury, brain injury, brain damage, head trauma	<u>MeSH:</u> Brain Injuries Traumatic, Brain Injuries, Brain Damage Chronic <u>CINAHL Headings:</u> Brain Injuries
Ergotherapie	occupational therapy	occupational therapist, occupation, OT	<u>MeSH:</u> Occupational Therapy <u>CINAHL Headings:</u> Occupational Therapy

Erwachsene	adult	adulthood, middle aged	<u>MeSH:</u> Middle Aged, Adult <u>CINAHL Headings:</u> Middle Age
Erleben	experience	phenomenological, qualitative, narrative, grounded theory, qualitative research methods	<u>MeSH:</u> Qualitative Research, Grounded Theory <u>CINAHL Headings:</u> Qualitative Studies

2.2 Literaturrecherche

Passend zur Fragestellung wurden für die Literaturrecherche (Dezember 2017-März 2018) neben ergotherapeutischen und medizinischen Datenbanken auch Datenbanken aus den Fachgebieten der Psychologie und den Sozialwissenschaften verwendet: MEDLINE, CINAHL, AMED², Cochrane Library, OTDBASE, OTseeker, PsycINFO, PsycARTICLES, PILOTS³, IBSS⁴.

Für die Suche in den Datenbanken wurden Keywords, ihre Synonyme und passende Schlagwörter verwendet und mit Trunkierungen („“, *, ?) und Bool'schen Operatoren (AND, OR) spezifiziert. Für die Hauptstudien wurde nach Primär- oder Sekundärliteratur gesucht, während für den theoretischen Hintergrund und die Diskussion auch Tertiärliteratur zugezogen wurde.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Im Folgenden werden die Einschlusskriterien (Tabelle 3, S. 22) erläutert und begründet:

Passend zur Fragestellung wurden nur Studien eingeschlossen, deren Population aus erwachsenen Menschen besteht.

Da in einer ersten Recherche deutlich wurde, dass in Studien häufig nicht reine SHT-Stichproben einbezogen werden, wurden auch Studien mit einer Stichprobe aus Menschen mit verschiedenen Hirnverletzungen berücksichtigt.

² Allied and Complementary Medicine Database

³ Published International Literature on Traumatic Stress

⁴ International Bibliography of the Social Sciences

Bei Veränderungen der Sozialen Identität handelt es sich um länger dauernde Prozesse (Juengst, Arenth, Raina, McCue & Skidmore, 2014). Deshalb wurde hinsichtlich der Zeitspanne seit dem Trauma keine Einschränkung gemacht.

Bezüglich der Schwere des SHTs wurden keine Kriterien formuliert, da Veränderungen der Sozialen Identität nicht zwingend von dieser abhängen müssen (Jones et al., 2012).

Da die Fragestellung subjektives Erleben erforschen will, wurden lediglich Studien eingeschlossen, welche dies untersuchen. Studien mit quantitativem Forschungsdesign wurden ausgeschlossen.

Die Soziale Identität ist ein wesentlicher Aspekt der Fragestellung. So wurden lediglich Studien eingeschlossen, welche die Soziale Identität thematisieren und diesen Begriff beinhalten.

Das Setting wurde nicht eingegrenzt, da Handlungsempfehlungen für die Ergotherapie für verschiedene Settings (stationär und ambulant) denkbar sind.

Mit der Einengung der Verfassungssprache sollen Interpretationsfehler vermieden werden. Die Autorinnen haben gute Kenntnisse in Deutsch, Englisch und Französisch.

Die Population und Forschenden der einbezogenen Studien sollen aus Staaten westlicher Kultur stammen, um die Ergebnisse auf die Schweiz übertragen zu können.

Um dem aktuellen Forschungsstand zu entsprechen, wurden als Hauptstudien nur solche eingeschlossen, die in den vergangenen zehn Jahren publiziert wurden.

Tabelle 3

Einschlusskriterien

Kriterium	Bedingung
Population	Erwachsene Menschen nach einem Schädelhirntrauma oder vergleichbaren Hirnverletzungen → keine Einschränkung bezüglich Schwere des Schädelhirntraumas → keine Einschränkung bezüglich Dauer, wie lange das Ereignis zurückliegt
Studiendesign	Qualitative Studien, Reviews, Metasynthesen, Mixed-Methods-Ansatz
Kernthema	Soziale Identität (muss als solche bezeichnet und thematisiert werden)
Setting	Keine Einschränkung
Verfassungssprache	Deutsch, Englisch oder Französisch
Land	Staaten westlicher Kultur (UK, USA, Australien, Kanada, Europa)
Publikationsjahr	2008-2018 (nicht älter als 10 Jahre)

2.4 Selektionsprozess der Hauptstudien

Für einen ersten Überblick wurden Suchbefehle zu den Schlüsselwörtern „Soziale Identität“, „Erwachsene“ und „Schädelhirntrauma“ verwendet und mit AND verknüpft. Weiter wurde die Kombination mit dem Suchbefehl zum Schlüsselwort „Ergotherapie“ ergänzt. Eine erweiterte Suche bestand darin, den Suchbefehl für „Soziale Identität“ mit assoziierten Begriffen zu ersetzen (Tabelle 2, S. 20).

Bei der Recherche wurden insgesamt 3067 Treffer erzielt, welche hinsichtlich ihrer Relevanz zur Beantwortung der Fragestellung geprüft wurden. Zuerst wurden alle Titel durchgelesen und diejenigen, die mindestens ein Einschlusskriterium (Tabelle 3, S. 22) nicht erfüllten, wurden ausgeschlossen. Somit blieben 353 Titel inkludiert, bei welchen die Abstracts geprüft und allenfalls weitere Studien ausgeschlossen wurden. Bei 196 bis dahin als relevant beurteilten Abstracts fand eine genauere Überprüfung, hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien statt. Dabei wurde deutlich, dass nicht bei allen gefundenen Studien die Soziale Identität als solche genannt wird. Da dieser Begriff ein wesentlicher Aspekt der Fragestellung darstellt, wurden im weiteren Verlauf ausschliesslich Studien eingeschlossen, welche den Begriff direkt erwähnen. Damit sollte die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse untereinander gewährleistet werden. Ebenso wurde beachtet, dass die Studien jeweils eine vergleichbare Definition von Sozialer Identität aufweisen.

Unter Berücksichtigung dieses Kriteriums und der Entfernung der Duplikate blieben fünf Studien übrig, deren Einleitung und Ergebnisse gelesen und nochmals auf die Ein- und Ausschlusskriterien evaluiert wurden. Schlussendlich wurden drei Hauptstudien eingeschlossen. Sie wurden zusammengefasst und zu ihrer Forschungsqualität beurteilt.

In Abbildung 3 (S. 24) ist der Selektionsprozess übersichtlich dargestellt.

In Tabelle 4 (S. 25) sind die Suchschritte ersichtlich, in denen die drei Hauptstudien gefunden wurden. Im ganzen Suchprozess erschienen viele Duplikate, was die Datensättigung unterstützt.

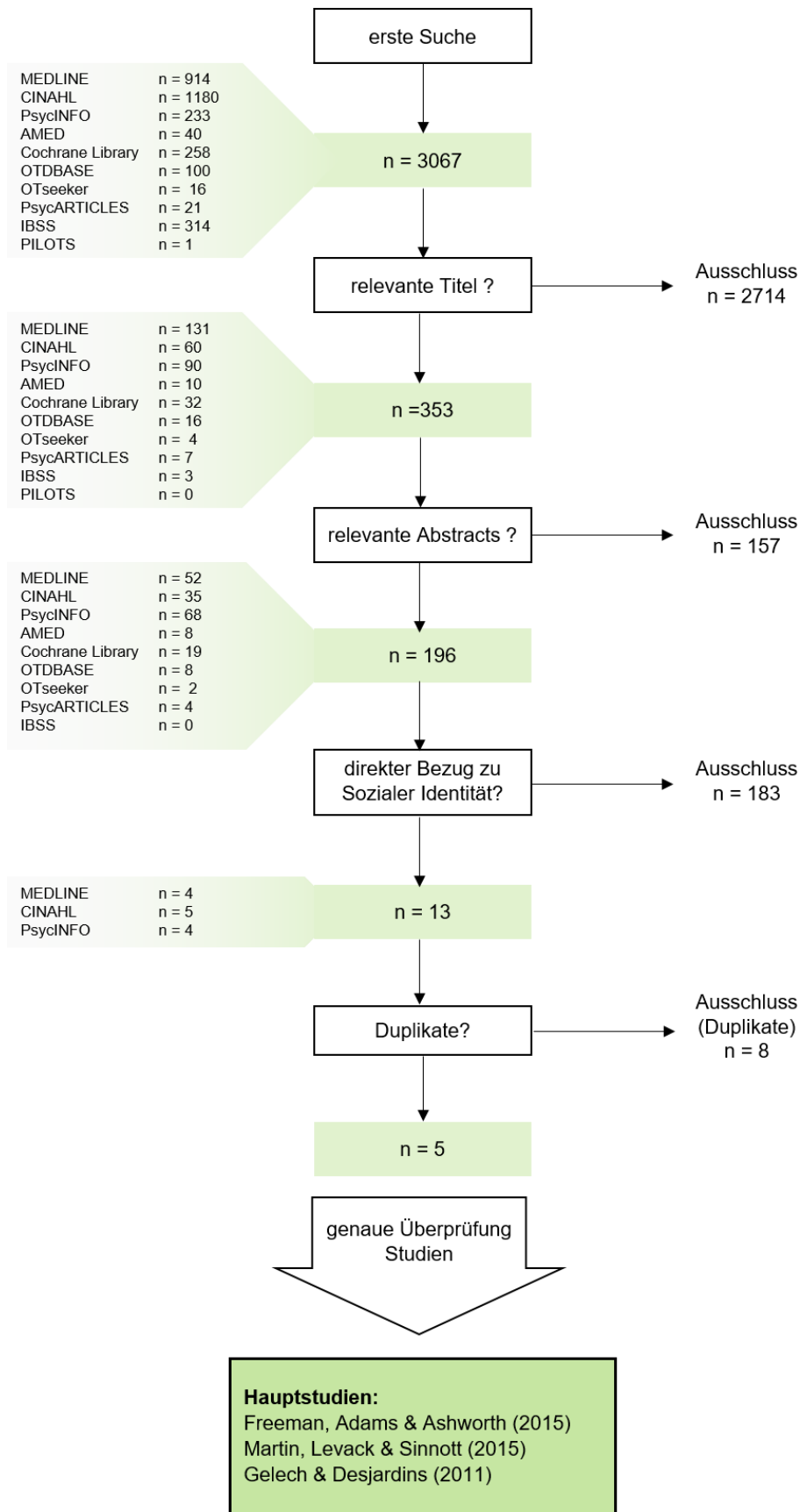


Abbildung 3. Selektionsprozess der Hauptstudien während der Literaturrecherche von Dezember 2017 bis März 2018. n = Anzahl Treffer, bzw. gefundene Studien.

Tabelle 4

Suchschritte zu den eingeschlossenen Hauptstudien

Kombinationen der Suchwörter	Such- limitationen ^a	Datenbank	Freeman et al. (2015) ^b	Martin et al. (2015) ^c	Gelech & Desjardins (2011) ^d
(abi OR tbi OR "brain injury" OR "head injury" OR traumatic*) AND ("social identity" OR "social participation")	Abstract	CINAHL	X	X	
(abi OR tbi OR "brain injury" OR "head injury") AND "social identity" AND (experience* OR phenomen* OR "grounded theory")	keine	CINAHL	X	X	
("Brain Injuries") AND ("Social Identity")	CINAHL Headings	CINAHL		X	X
((abi OR tbi OR "brain injury" OR "head injury") AND "social identity")	Abstract 2007-2018	MEDLINE	X		
(abi OR tbi OR "brain injury" OR "head injury") AND "social identity" AND (experience* OR phenomen* OR "grounded theory")	keine	MEDLINE	X	X	
("social identity" OR "social identification") AND ("brain injur*" OR abi OR tbi OR "head injur*")	Abstract	MEDLINE	X	X	
Self* AND social AND ("brain injur*" OR abi OR tbi OR "head injur*") AND (qualitative OR phenomenological OR narrative)	keine	MEDLINE	X	X	
(("social identi*" OR "social participation") AND ("brain injur*" OR abi OR tbi OR "head injur*"))	keine	PsycINFO	X	X	
(("social identi*" OR "social participation") AND ("brain injur*" OR abi OR tbi OR "head injur*"))	Abstract	PsycINFO MEDLINE	X	X	

^a Mit Suchlimitationen sind zusätzliche Einstellungen im Suchfeld der Datenbank gemeint. Mit ihnen kann man die Suche begrenzen: Beispielsweise nur in Abstracts suchen; mit Begriffen als Schlagworte suchen; nur Studien anzeigen, die in einem bestimmten Zeitraum erschienen sind.

^b "An exploration of the experience of self in the social world for men following traumatic brain injury" von A. Freeman, M. Adams und F. Ashworth, 2015, *Neuropsychological Rehabilitation*, 25, S. 189-2015.

^c „Life goals and social identity in people with severe acquired brain injury: an interpretative phenomenological analysis,“ von R. Martin, W. M. M. Levack und K. A. Sinott, 2015, *Disability and Rehabilitation*, 37, S. 1234-1241.

^d „I am Many: The Reconstruction of Self Following Acquired Brain Injury“ von J. M. Gelech, M. Desjardins, 2011, *Qualitative Health Research*, 21, S. 62-74.

2.5 Beurteilung der Forschungsqualität

Die Hauptstudien wurden mit dem Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels von Ris und Preusse-Bleuler (2015) systematisch zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Basierend auf der Würdigung wurden anhand der qualitativen Gütekriterien von Flick und Steinke (Flick, Kardorff & Steinke, 2010) die Studien beurteilt. Die Einschätzung der Evidenz erfolgte mittels 6-S-Pyramide (DiCenso, Bayley & Haynes, 2009). Die Zusammenfassungen und Würdigungen der Hauptstudien werden im Kapitel „3. Hauptstudien“ (S. 28-43) dargestellt. Die ausführlichen Zusammenfassungen und Beurteilungen sind im Anhang C (S. 87-131) zu finden.

2.6 Vorgehen beim Modellübertrag

Durch den Übertrag der Haupteckenkenntnisse in gewählte Enablement Skills konnten Handlungsempfehlungen für die Ergotherapie hergeleitet werden.

Die Ergebnisse der Hauptstudien wurden zueinander in Bezug gesetzt und mit dem theoretischen Hintergrund verknüpft. Die dabei hervorgetretenen Haupteckenkenntnisse dienten als Grundlage für die Herleitung der Implikationen. So basieren diese Empfehlungen einerseits auf den in den Hauptstudien direkt oder indirekt geäußerten Bedürfnissen der Betroffenen. Andererseits wurden auf Basis der Modelle CDMSII und SIMIC förderliche Einflüsse für den Anpassungsprozess an das SHT und die damit verbundenen Veränderungen Sozialer Identitäten hergeleitet. Die Implikationen, die sich daraus ergaben, wurden als ergotherapeutische Handlungsempfehlungen den Enablement Skills zugeordnet. Aus dem Vorgehen wird ersichtlich, dass diejenigen Skills berücksichtigt wurden, die zu den abgeleiteten Handlungsempfehlungen passten und sich in der Theorie sowie den Hauptstudien verankern liessen.

2.7 Begrifflichkeiten

Bei der Vertiefung in der Literatur stellte sich heraus, dass nicht alle Forschenden eine Unterscheidung zwischen Identität und Selbst vornehmen. Dies als Ausschlusskriterium zu verwenden, hätte dazu geführt, die rare Literatur zum Thema noch weiter einzuschränken.

Es ist zudem aufgefallen, dass in unterschiedlichen Studien den gleichen Begriffen teilweise unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben wurden. Um die Studien trotz

unterschiedlich verwendeter Begrifflichkeiten miteinander vergleichen zu können, wurden themenrelevante Begriffe aus den Studien herausgesucht, im Zusammenhang interpretiert und ein System einheitlicher Begriffe erstellt. Deshalb werden in dieser Arbeit in Tabelle 5 ersichtlichen deutschen Begriffe verwendet. Wie sie definiert sind, ist dem theoretischen Hintergrund (S. 10-13) zu entnehmen.

Tabelle 5

Übertrag der verwendeten Begrifflichkeiten aus den Hauptstudien in die vorliegende Arbeit

Studie	Deutscher Begriff (sinngemäss)	Englische Begriffe aus der Studie
Freeman et al. (2015)	Soziale Identität	Social identity
	Selbst	self, sense of self, me (old-me, new-me, past me), sense of identity, self-identity, identity
	Persönliche Identität	Personal identity
Martin et al. (2015)	Soziale Identität	social identity
	Selbst	self-identity, self, identity
	Persönliche Identität	personal identity
	Selbstkonzept	self-concept, self-image
Gelech & Desjardins (2011) ^a	Soziale Identität(en)	social identity, social identities, components of social identity, aspects of social identity
	Selbst	self, sense of self, personhood, sense of personhood, selfhood, universal I, me
	Äusseres Selbst	public self, social self, social selves, public selves, sense of public selfhood, social being
	Aspekt(e) des äusseren Selbst	public aspect(s) of self
	Inneres Selbst	inner self, private self
	Aspekt(e) des inneren Selbst	aspect(s) of inner self, private aspect(s) of self

^a So wie Gelech und Desjardins (2011) die Begriffe verwenden lässt sich erkennen, dass verschiedene, aber nicht alle Aspekte des äusseren Selbst mit Sozialen Identitäten gleich zu setzen sind. Gemäss dem Verständnis der Autorinnen können Soziale Identitäten sowohl im inneren als auch im äusseren Selbst vorkommen. Gelech und Desjardins (2011) scheinen Soziale Identitäten jedoch nur als Aspekte des äusseren Selbst zu betrachten. Eine Definition für das innere und äussere Selbst kann nicht abschliessend gegeben werden. Das innere Selbst scheint der innerste Kern des Selbst zu sein, das restliche Selbst ist unter dem Begriff des äusseren Selbst gefasst. Gemäss dem Verständnis der Autorinnen entscheidet jede Person für sich selbst, welche Aspekte ihres Selbst sie wo zuteilt.

3. Hauptstudien

Im folgenden Kapitel werden die Zusammenfassungen und Würdigungen der Hauptstudien aufgeführt.

3.1 Übersicht der Hauptstudien

In Tabelle 6 (S. 29) werden alle drei Hauptstudien in einer Übersicht dargestellt.

Tabelle 6

Übersicht der Hauptstudien

Studie	Freeman, Adams und Ashworth (2015)	Martin, Levack und Sinnott (2015)	Gelech und Desjardins (2011)
Ziel, Forschungsfrage	Wie erleben Überlebende nach SHT Veränderungen ihres Selbst in Bezug zu ihrem sozialen Kontext? Wie zeigen sich Erscheinungsbilder der emotionalen Erfahrungen des Selbst in der sozialen Welt für männliche Überlebende nach SHT?	Erkundung erlebter Erfahrungen und Wahrnehmung von Lebenszielen aus der Perspektive von Menschen mit schwerer erworbener Hirnschädigung, die in einer längerfristigen stationären Rehabilitation leben	Konstruktion des Selbst nach erworbener Hirnschädigung aus erfahrungsbezogener Perspektive Betroffener erforschen.
Design	qualitativ	qualitativ, interpretativ-phänomenologisch	narrativ-qualitativ
Stichprobe	9 männliche Teilnehmer nach SHT (moderat bis schwer), 22 bis 59 jährig, Zeit seit dem SHT: 17 Monate bis 21 Jahre., Lebensformen unbekannt	3 Frauen, 2 Männer, 51 bis 62 jährig, Zeit seit der Verletzung: 1.3 bis 36 Jahre, Hirnschädigungen: SHT (2), Schlaganfall (1), Gehirnblutungen (2), alle leben in stationärem Setting	1 Frau, 3 Männer, 37 bis 55 jährig, alle erlitten Motorradunfall, Zeit seit dem Unfall: 4 bis 21 Jahre, moderate bis schwere Verletzungen, 2 leben unabhängig, 2 leben in einer Institution
Datenauswertung und -analyse	Einmalige semi-strukturierte Interviews, offene Fragen bzgl. Veränderungen des Selbst, Lebensstil, Beziehungen und Erfahrungen mit anderen Thematische Analysen	Einmalige semi-strukturierte Interviews mit Leitfragen zu Lebenszielen und offenem Ende Iterativ-phänomenologische Analyse	Mehrmalige lebensgeschichtliche und semi-strukturierte Interviews (Aspekte der Verletzungserfahrung) Thematische, syntaktische und tiefe Struktur- Analysen
Ergebnisse	<i>Gefühl der Abnormalität</i> Stigmatisierung, Wunsch „normal“ zu erscheinen, Selbstabstossung <i>Versteckte Verletzung</i> allgemein positiv bewertet; Angst, dass Schwierigkeiten der Persönlichkeit zugeschrieben werden; kein Verlass auf eigene Sicht; Feedback anderer verwirrend, unterwürfige Haltung <i>Andere behandeln mich anders</i> Familie, Freunde, enge Beziehungen, veränderte Rollen (abgewertet), Wunsch nach direktem Feedback, erhaltenes Feedback herablassend und inkongruent mit eigener Sicht <i>altes und neues Selbst</i> alle beschreiben anders zu sein, Verluste bezogen auf Aspekte der Identität, reduzierter Selbstwert, Akzeptanz zusammenhängend mit Erfahrungen des Selbst im sozialen Kontext <i>Soziale Verbundenheit und Emotionen</i> Stigmatisierung; Abwertung sozialer Rollen und des Selbst; negative Selbst-Vergleiche; Schuld/Scham im Zusammenhang mit Fähigkeitsverlusten; Stolz als „Überlebender“; Stolz, etwas zurückgeben zu können Reaktionen auf genannte Emotionen Selbstkritik, so sein, wie andere mich wollen, Rückzug von der sozialen Umwelt, positives Wachstum	<i>Teil von Dingen sein</i> aktiv integriert und verbunden sein durch Familie, Freundschaften und Gesellschaft als wichtigster Aspekt des Lebens, Beitrag leisten <i>Unverändertes, verändertes und sich veränderndes Selbst</i> Lebensziele, Werte, Persönlichkeit, Unsicherheiten, Fertigkeiten unverändert; plötzliche Veränderung der Person als Individuum, welche sich durch Abhängigkeit zeigt; schrittweise Veränderungen, welche zu Unfähigkeit zum alten Leben zurückzukehren führen; sich als Last für andere sehen, aufgelöste Freundschaften; laufende Veränderungen durch persönliche Entwicklung; von konkreter Hoffnung der Genesung zu generalisierter Hoffnung für die Zukunft <i>Aufkommende Möglichkeiten</i> Einfluss Umfeld, mehrdeutige Aussagen zur Thematisierung der Lebensziele mit Angestellten, wahrgenommene Isolation von sozialen Netzwerken, bedeutungsvolles Tun und Betätigungsrollen wichtig, spezifische Aufgaben und soziale Rollen tragen zur Erreichung von Lebenszielen bei, Stolz und Freude durch Leistung von Beitrag, Prozesse innerhalb der Institution als Barriere und Vereinfachung Angestellte als „Ermöglicher“ und „Torwächter“	<i>Aspekte des äusseren Selbst: Der grosse Fall und Aspekte des Verlustes</i> Zersplittertes Selbst, Veränderungen von Beziehungen und Verbundenheit mit Gesellschaft; Aspekte vergangener Sozialer Identitäten wurden zerstört/ bedroht durch Unfähigkeiten und negative Bewertung anderer („an den Rand gedrängte, abhängige Person“); Irreparable Verluste von Aspekten des äusseren Selbst, andere Aspekte „reparierbar“ (Elemente wieder herstellen, veränderte Bewertung bestimmter Sozialer Identitäten), Zukunftshoffnungen (Rückgewinne von Aspekten des äusseren Selbst). <i>Aspekte des inneren Selbst: Kontinuität im Innern</i> Fachpersonen bedrohten Kontinuität des inneren Selbst durch autoritäre Abhandlungen, Freunde/ Familie indem sie Veränderungen (Charakter, Persönlichkeit) betonten; Reduktion auf kognitive, körperliche Fähigkeiten, in Einzigartigkeit als homogene Gruppe der „eingeschränkten Anderen“ herabgesetzt und durch Verletzungs-Status definiert; Reaktion darauf: Widerstand, Betonung konsistenter Charaktereigenschaften, Interessen, Fähigkeiten => stabiles und einzigartiges inneres Selbst (gibt dem Leben Bedeutung, Verbindung zur Vergangenheit). <i>Neudefinition des Selbst nach erworbener Hirnschädigung</i> Veränderung der Hierarchie der Teilbereiche des Selbst: Inneres Selbst als moralischer, authentischer Wert für das Selbst; Aspekte des äusseren Selbst als oberflächlich, stereotypisch => Verluste von Aspekten des äusseren Selbst (Rollen, Status) nicht mehr wichtige Determinanten persönlicher Ganzheit; Überlegenheit/ Aufwertung des inneren Selbst, Verluste „in Peripherie des Selbst“ verbannen => Selbst (dem inneren Selbst zugeschrieben) bleibt intakt, moralischer Wachstumsprozess mit Gewinn

3.2 Zusammenfassung der Studie von Freeman, Adams und Ashworth (2015)

In der Studie sollen Erfahrungen von männlichen Überlebenden nach einem SHT bezüglich wahrgenommenen Veränderungen ihrer persönlichen und Sozialen Identität erforscht werden. Dazu wurden folgende Fragestellungen formuliert: Wie erleben Überlebende nach einem SHT Veränderungen ihres Selbsts in Bezug auf ihren sozialen Kontext? Wie zeigen sich Erscheinungsbilder der emotionalen Erfahrungen des Selbst in der sozialen Welt für männliche Überlebende nach SHT? Dadurch sollen die Bedeutung des Selbsts, sowie Quellen des negativen emotionalen Stresses und des positiven Wachstums nach einer solchen Verletzung aufgezeigt werden. Um dies zu untersuchen, wurden semi-strukturierte Interviews mit neun Männern mit neuropsychologischen Rehabilitationstherapien des gleichen Zentrums aus Grossbritannien durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden durch Mitarbeitende des Zentrums auf die Studie aufmerksam gemacht. Sie wurden zur Prozedur vollständig informiert und nahmen freiwillig teil. Sie waren 22-59 Jahre alt und der zeitliche Abstand zur Verletzung variierte zwischen 17 Monaten und 21 Jahren. Das Edukationslevel, der Schweregrad des SHTs (moderat bis schwer), die neurologischen Schädigungen und die kognitiven Schwierigkeiten variierten individuell. Als Einschlusskriterium wurde u.a. „keine signifikanten Einschränkungen“ genannt. Die offenen Interview-Fragen bezogen sich auf das veränderte Selbst seit dem SHT, Veränderungen im Lebensstil und den Beziehungen und Erfahrungen mit anderen. Die aufgekommenen, dominanten Themen zeigten sich in den beschriebenen Verlusten von Fähigkeiten sowie in Veränderungen des Selbst in der sozialen Welt und engen Beziehungen. Die Resultate wurden in zwei Hauptthemen und Unterthemen gegliedert, welche in der Tabelle 7 dargestellt sind.

Tabelle 7

Hauptergebnisse der Studie Freeman, Adams und Ashworth (2015)

Unterthema	Beschreibung
	Emotionale Erfahrungen des Selbst in der sozialen Welt (Hauptthema 1)
„Gefühl der Abnormalität“	Acht der neun Teilnehmenden berichten von einer wahrgenommenen Stigmatisierung. Sie äussern den Wunsch, „wie ein normaler Mensch zu sein“, welcher vor allem in Situationen, in denen sie sich vor der Reaktion anderer fürchten, auftaucht. In diesen Momenten versuchen sie ihre Schwierigkeiten zu verbergen, um möglichst „normal“ zu erscheinen. Es kam heraus, dass sich die Männer z.T. selber nicht als „abnormal“

beschreiben, jedoch das Gefühl haben, von anderen so wahrgenommen zu werden. Teilweise haben sie von Selbstabstossung berichtet. Es zeichnet sich ein Konflikt ab zwischen der Abnormalität und dem „normalen Erscheinen“ vor anderen. Die Forschenden nennen die Unsichtbarkeit des SHTs als möglichen Einfluss. Das Stigma, welches von Verzweiflung und Traurigkeit begleitet ist, kann als Motivation gesehen werden, um „normal“ zu erscheinen.

„Versteckte Verletzung“

Die Tatsache der versteckten Verletzung wird auf Grund des Wunsches „normal“ zu erscheinen, allgemein als positiv eingeschätzt. Die Betroffenen haben aber Angst, dass dadurch andere ihre Schwierigkeiten ihrer Persönlichkeit zuschreiben. Betroffene erklären, dass sie sich auf das Feedback anderer verlassen haben, um die Wahrnehmung dessen, wer sie sind, aufrecht zu erhalten. Sie beschreiben, dass sie sich nicht auf ihre eigene Sicht verlassen können, um diese Wahrnehmung aufrecht zu erhalten. Es wird eine unterwürfige Haltung beobachtet.

„Andere behandeln mich anders“

Alle Betroffenen berichten, dass sie im Kontext der Familie, engen Freunde oder Beziehungen mit Partnern anders behandelt werden, am häufigsten jedoch in der Paar-Beziehung. Veränderungen in Beziehungen sind von veränderten Rollen begleitet, besonders in der Familie. Diese Rollen werden als abgewertet beschrieben. Die Erfahrung anders behandelt zu werden, ist oft mit Unsicherheit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit begleitet. Betroffene äussern den Wunsch nach mehr direktem Feedback. Das erhaltene Feedback, welches als herablassend oder kritisch empfunden wird, wird als inkongruent zur eigenen Sicht auf sich beschrieben. Die Reaktionen auf das Feedback sind eher passiv und vermeidend. Über die Hälfte der Teilnehmenden berichten von Beispielen, in denen sie gleich behandelt wurden wie vor dem SHT.

„Das alte Selbst und das neue Selbst“

Alle beschreiben anders zu sein seit dem SHT. Dies steht oft in Zusammenhang mit einem Verlust des alten Selbst. Die Fokusse der Verluste sind bei allen unterschiedlich, jedoch durchwegs auf Aspekte des Selbst bezogen, welche vor dem SHT bedeutsam waren (z.B. Männlichkeit, Intelligenz, körperliche Fitness, etc.). Der beschriebene Verlust des alten Selbst in nahen Beziehungen ist verbunden mit Scham und Verlust des Selbstwertes. Die Betroffenen beschreiben Schuldgefühle, dass sie für die andern nicht mehr das alte Selbst sind. Das Trauern um Verluste im alten Selbst sowie die Akzeptanz des neuen Selbst tauchen in Zusammenhang mit Erfahrungen des Selbst im sozialen Kontext auf. Themen dabei sind: Rollenverluste, Vergleich mit Aspekten des alten Selbst und Vermeidung sozialer Kontakte, welche das alte Selbst gefährden.

„Soziale Verbundenheit der Emotionen“

Im sozialen Kontext beschreiben die Betroffenen eine stigmatisierte Sichtweise auf Menschen mit Hirnverletzungen. Gefühle von Schuld und Scham stehen in Zusammenhang mit Fähigkeitsverlusten. Die Schuldgefühle zeigen sich neben dem familiären Umfeld auch auf dem gesellschaftlichen Level, da die Männer Jahre der Rehabilitation in Anspruch genommen haben, ohne etwas zurückzugeben. Meist wird die Emotion nicht direkt als Scham bezeichnet. Die Teilnehmer sind generell kritisch mit sich selbst, v.a. im Vergleich mit dem Selbst vor der Verletzung und wenn sie sich von anderen bemitleidet fühlen. Betroffene sind bei positiven Reaktionen anderer eher überrascht. Die Männer beschreiben empfundenen Stolz, ein „Überlebender“ zu sein sowie Stolz, wenn sie etwas zurückgeben konnten. Scham, Schuld und Stolz erscheinen jedoch nicht als dominante Themen (nur von fünf Teilnehmern genannt). Selbstkritik, negative Selbst-Vergleiche und Angst vor sozialer Ablehnung nach SHT zeigen, ein Gefühl von abgewerteten sozialen Rollen und eines abgewerteten Selbst auf.

Reaktionen auf die zuvor beschriebenen emotionalen Erfahrungen (Hauptthema 2)

„Selbstkritik“	Selbstkritik und Bedauern treten am meisten auf, bezüglich Veränderungen durch die Verletzung, deren Einfluss auf andere und auf die eigene Rolle. Die Forschenden stellen negative Selbst-Vergleiche mit dem vorherigen Selbst oder den Fähigkeiten anderer an. Betroffene äussern Selbstkritik. Sie zeigen dies durch Angriffe auf ihr Selbst nach Fehlern oder Versagen, welche im sozialen Vergleiche und bei nicht erfüllten Erwartungen anderer hervortreten. Trotzdem berichten viele, dass sie mitfühlend zu sich selbst sind.
„So sein, wie andere mich haben wollen“	Etwa die Hälfte der Teilnehmer erklärt, dass sie das Gefühl haben, Erwartungen anderer erfüllen müssen. Erwartungen nicht erfüllen zu können, trägt zu sozialem Rückzug bei, da sie akzeptiert werden wollen. Es werden Verluste des Selbstvertrauens aufgezeigt, da Betroffene den eigenen Erfahrungen des Selbst nicht trauen können. Sie beschreiben, mit anderen nicht mithalten zu können und machtlos gegenüber dem Gesundheitspersonal zu sein. Meistens wollen sie Schwierigkeiten verbergen und setzen Humor ein, um Spannung abzubauen.
„Rückzug von der sozialen Umwelt“	Alle Studienteilnehmer berichten von einem sozialen Rückzug auf Grund von Fähigkeitsverlusten, wahrgenommenen Unterschieden und Gefühlen der Abnormalität. Letztere Beide stehen in Zusammenhang mit der Angst verurteilt, bevormundet oder blamiert zu werden. Das Ausmass des Rückzuges ist unterschiedlich. Neben dem körperlichen Rückzug, wird auch eine Passivität in sozialen Prozessen beschrieben. Viele beschreiben, dass dieser Rückzug zurückzuführen ist auf Bedrohungen, welche aus sozialen Interaktionen resultieren. Denn diese enthüllen Unterschiede zwischen Betroffenen und anderen, sowie zwischen altem und neuem Selbst.
„Positives Wachstum“	Das positive Wachstum enthält eine Zukunftsorientierung und die Rekonstruktion eines neuen Selbst sowie Gefühle von Stolz, Überlebender zu sein und etwas zurückgeben zu können. Das positive Wachstum wird nicht als dominantes Thema identifiziert, ist aber trotzdem eine alternative Reaktion auf die beschriebenen Erfahrungen.

Anmerkung. Inhalte aus "An exploration of the experience of self in the social world for men following traumatic brain injury" von A. Freeman, M. Adams und F. Ashworth, 2015, *Neuropsychological Rehabilitation*, 25, S. 189-2015.

3.3 Würdigung der Studie von Freeman, Adams und Ashworth (2015)

In der Einleitung werden der aktuelle Forschungsstand und -bedarf dargelegt. Das Ziel und zwei konkrete Fragestellungen werden formuliert. Die bisherige Forschung zum Thema soll ausgeweitet werden mit dem Fokus auf das emotionale Erleben. Das Phänomen wird unter Einbezug bisheriger Literatur und sozialpsychologischen Theorien erklärt. Das Sample wurde durch die Forschungspersonen ausgewählt, welche eine Variation in den Stichproben (Alter, Zeit seit der Verletzung) berücksichtigt haben. Das verbessert die Repräsentativität. In- und Exklusionskriterien werden aufgelistet, aber nicht begründet. Das Sample wird beschrieben. Es handelt sich ausschliesslich um männliche

Probanden. Es wird nicht aus beiden Forschungsfragen ersichtlich, ob lediglich für eine männliche Population eine Aussage gemacht werden soll. Da alle Teilnehmer über das gleiche Rehabilitationszentrum rekrutiert wurden, sind die Resultate begrenzt generalisierbar. Mit neun Probanden ist die Stichprobe klein, scheint aber für das qualitative Design und die Forschungsfragen angemessen zu sein. Es können aber nur für eine spezifische Population Aussagen gemacht werden. Eine Einwilligung durch eine Ethikkommission wird genannt. Die Probanden wurden vollständig über den Prozess informiert und die Daten anonymisiert. Durch die freiwillige Teilnahme gehen die Autorinnen davon aus, dass sich die Probanden schon intensiver mit ihrer Situation befasst haben, als andere. Die Teilnehmer wurden durch eine vertraute Person des Rehabilitationszentrums angefragt. Die Stichprobenziehung wird nicht nachvollziehbar beschrieben, es fehlen Angaben, wie die Vorauswahl durch die Angestellten getroffen wurde. Relevante Informationen, wie die Beschreibung des Rehabilitationszentrums, sowie Angaben zu den Wohnformen/ Selbstständigkeit der Teilnehmer fehlen. Der Kontext der Datenerhebung (Beispielfragen, Ort der Interviews) ist beschrieben. Laut den Verfassenden wurden die Rekrutierung und die Interviews bis zur Datensättigung weitergeführt. Innerhalb einer Woche wurden die Audioaufnahmen wortwörtlich transkribiert. Der Prozess der Datenanalyse nach Braun und Clarke (2006, zit. nach Freeman, Adams & Ashworth, 2015) wird nachvollziehbar dargestellt. Die thematischen Analysen wurden von zwei Forschenden durchgeführt und dem multidisziplinären Team präsentiert. Es werden keine Angaben gemacht, ob Rückmeldungen zu den Ergebnissen gegeben wurden. Die semi-strukturierten Interviews mit den offenen Fragen stellen eine angemessene qualitative Methode dar, um das subjektive Erleben im individuellen Kontext zu untersuchen. Den Teilnehmern wird genug Freiraum gelassen. Die Forschenden zeigen Bereitschaft, das bestehende Vorverständnis zu revidieren. Sie sind sich der Schwierigkeiten der Teilnehmer bewusst (z.B. Fatigue, Aufmerksamkeit), was bei der Datenerhebung berücksichtigt wurde. Das qualitative Forschungsdesign wird literaturbasiert und nachvollziehbar begründet und die Datenerhebung und -analyse passen dazu. Die Verwendung wortwörtlicher Zitate erlaubt eine kritische Überprüfung der Interpretation der Ergebnisse und erhöht die Glaubwürdigkeit. Die Transkripte, Zitate und reflexiven Notizen werden als Hauptdatenquelle genannt. Die Aussagen der Betroffenen wurden direkt nach dem Interview mit ihnen kommunikativ validiert, was die Glaubwürdigkeit unterstützt. Widersprüchliche Ergebnisse werden aufgezeigt und

diskutiert. Die Forschenden sind sich gewisser Limitationen bewusst und legen diese offen. Es werden Empfehlungen für die weitere Forschung formuliert und offene Fragen aufgelistet. Die generierte Theorie ist in einem Modell übersichtlich und in sich konsistent dargestellt. Sie stimmt mit den Daten überein, was zur Glaubwürdigkeit beiträgt. Die Ergebnisse werden unter Einbezug bisheriger Literatur kritisch diskutiert und dienen der Beantwortung der Forschungsfragen. Die Verfassenden machen keine konkreten Praxisimplikationen. Sie weisen auf Interventionen bestehender Literatur hin, welche grösstenteils nicht für SHT validiert wurden. Die Forschenden erwähnen, dass durch reflexive Notizen während dem Forschungsprozess die Reflexivität berücksichtigt wurde. Sie stärken damit den methodologischen Rigor, welchen sie betonen berücksichtigt zu haben. Es wird dargelegt, dass subjektives Erleben nur durch Interpretation zugänglich wird und dass die Beziehung zwischen Forschungspersonen und Teilnehmer, sowie der Kontext einen Einfluss auf den Interviewverlauf und die Ergebnisse haben. Dadurch wird deutlich, dass die Forschenden ihre eigene Position reflektieren und sich ihrer eigenen Interpretation bewusst sind.

3.4 Zusammenfassung der Studie von Martin, Levack und Sinnott (2015)

Ziel der Studie ist es, das Erleben und Wahrnehmen von Lebenszielen aus der Perspektive von Menschen mit schwerer erworbener Hirnschädigung zu erkunden, die in einer längerfristigen stationären Rehabilitation leben, An der Studie nahmen drei Frauen und zwei Männer teil, welche alle in derselben Institution leben. Alle waren zwischen 51 und 62 Jahre alt und hatten ein SHT, einen Schlaganfall oder eine Hirnblutung erlitten. Die Zeitspanne seit der Verletzung betrug 1.3-36 Jahre, während die Aufenthaltszeit in der Institution zwischen ein und 33 Jahren variierte. Alle Teilnehmenden hatten kognitive Schwierigkeiten (Gedächtnis, abstraktes Denken, Problemlösen, Krankheitsbewusstsein), welche ein Leben mit der Familie, bzw. in Selbstständigkeit verunmöglichten. Es wurde darauf geachtet, dass die Teilnehmenden ausreichende kognitive Fähigkeiten hatten, um eine freiwillige Teilnahme abzuwägen und dieser einzuwilligen. Die Forschenden haben sich für ein qualitatives, bzw. interpretativ-phänomenologisches Forschungsdesign entschieden. Es wurden einmalige semi-strukturierte Interviews mit offenem Ende, in den privaten Räumen der Teilnehmenden, durchgeführt. Diese Interviews mit Leitfragen zu Lebenszielen in der Rehabilitation wurden digital aufgenommen und wortwörtlich transkribiert.

Die Hauptergebnisse lassen sich in drei miteinander verbundene Themen (Tabelle 8) darstellen, wobei das Thema „Teil von Dingen sein“ als zentrales Schlüsselthema hervorgeht.

Tabelle 8

Hauptergebnisse der Studie von Martin, Levack und Sinnott (2015)

Thema	Beschreibung
„Teil von Dingen sein“	<p>Alle Teilnehmenden beschreiben den Wunsch, innerhalb sozialer Beziehungen aktiv integriert und verbunden zu sein, was als wichtigster Aspekt ihres Lebens genannt wird. Den Erreichungsgrad, machen sie an Erfahrungen im sozialen, aktivitätsbezogenen Kontext fest. Durch die eigenen Rollen fähig zu sein, aktiv etwas zu Beziehungen beizutragen und nicht nur Unterstützung und Pflege zu erhalten, ist ein wichtiges Thema.</p> <p>Die intime Verbundenheit und soziale Unterstützung innerhalb der Familienbeziehungen werten die Betroffenen als sehr wichtig, um Lebensziele zu erreichen. Sie äussern einen starken Wunsch, in jedem Fall für die Familie verfügbar zu sein. Die Fähigkeit die Rolle der Versorgungsperson (Essen kaufen, Geldgeschenke machen, Essen kochen für die Kinder) wahrzunehmen, wird als sehr wichtig beschrieben, um zum Familiensystem etwas beitragen zu können.</p> <p>Auch die Verbundenheit in Beziehungen durch Freundschaften ist ein Lebensziel. Aus den Interviews gehen die Spontanität, die praktische Unterstützung von Freunden und die Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls als wichtiger Aspekt von Freundschaften hervor. Freundschaftsbeziehungen tragen zum Selbstkonzept bei und unterstützen, Bedeutung im Leben wahrzunehmen.</p> <p>Betroffene betonen die Wichtigkeit sozialer Beziehungen ausserhalb der Pflege- und Rehabilitationsinstitution. Diese tragen dazu bei, sich als Teil einer sozialen Gruppe zu fühlen.</p> <p>Die gemeinschaftliche Verbundenheit des Bürgerseins wird in diesem Zusammenhang genannt, um für andere etwas beizutragen und nicht nur Unterstützung zu erhalten.</p>
„Unverändertes, verändertes und sich veränderndes Selbst“	<p>Der Aspekt des <i>Unveränderten</i> betrifft das Selbstkonzept (Persönlichkeit, Unsicherheiten und Fähigkeiten) und die Werte der Betroffenen.</p> <p>Gleichermassen nehmen die Teilnehmenden eine drastische und plötzliche <i>Veränderung</i> ihres Selbst wahr. Das zeigt sich oft in der plötzlichen Abhängigkeit von anderen im täglichen Leben. Diese Tatsache wird als schrecklich und frustrierend beschrieben. Eine Betroffene äussert, dass sie sich in vielerlei Hinsichten bezüglich Lebensziele nicht verändert sieht, sich aber ihre Fähigkeiten Lebensziele zu erreichen, massgeblich verändert haben.</p> <p>Es wird die Erfahrung von kontinuierlichen Veränderungen (<i>sich verändernd</i>) über eine längere Zeit genannt, mit welcher ein aufkommendes Bewusstsein hinsichtlich der Unfähigkeit zum Leben vor der Hirnschädigung zurückzukehren, einhergeht. Die Betroffenen assoziieren dies mit der Abhängigkeit von anderen, dem veränderten Selbst und der Unfähigkeit Coping-Strategien aus der Vergangenheit zu nutzen. Dies kann dazu geführt haben, dass die Betroffenen sich isoliert und als Last für andere fühlen. Hinzu kommen fehlende, bzw. aufgelöste Freundschaften und das Gefühl, dass das Leben ausserhalb der Institution ohne die Betroffenen weitergeht.</p>

Das Thema der laufenden Veränderung bezieht sich im Kontext der Lebensziele auf die persönliche Entwicklung und Genesung. Durch die Neubildung von Lebensgeschichten (inkl. Wahl der Lebensziele) entstand ein anderer Blick auf das Selbst. Einige der Teilnehmenden berichten von Lösungsstrategien, um Ziele zu erreichen, wobei nicht alle selbstständig dazu in der Lage waren, diese zu erkennen. Die Betroffenen entwickeln sich im Laufe der Lebensspanne weiter und sehen Möglichkeiten, respektive schätzen Veränderungen (z.B. alte schlechte Gewohnheiten ablegen). Es wird beschrieben, dass eine Veränderung von konkreter Hoffnung unrealistischer Genesung zu einer generalisierten Hoffnung für eine gute Zukunft im Verlauf der Anpassung stattfindet.

„Aufkommende
Möglichkeiten“

Dieses Thema bezieht sich auf den Einfluss des Umfeldes auf die Erreichung von Lebenszielen. Es wurden mehrdeutige Aussagen dazu gefunden, ob Lebensziele thematisiert wurden oder nicht. Zwei Teilnehmende berichten, dass keine Aufmerksamkeit darauf gelegt wurde. Es wird erwähnt, dass der Fokus der Genesung eher bei der körperlichen Rehabilitation lag. Alle Teilnehmenden betonen die Wichtigkeit, mit den Angestellten über Lebensziele diskutieren zu können. Einige sehen es als notwendig, dass sie ihre Gefühle zu verschiedenen Themen und Aufgaben ausdrücken können, damit sie als ganze Person wahrgenommen werden. Andererseits besteht ein Widerwille mit den Angestellten über Lebensziele zu reden, da die Betroffenen nicht belasten und verärgern wollen. Zudem wird befürchtet, dass die Angestellten die Lebensziele anders priorisieren, bzw. weniger bedeutsam bewerten würden.

Die Teilnehmenden erwähnen, dass sie sich von ihren sozialen Netzwerken isoliert fühlen. Es wird eine physische und emotionale Distanz wahrgenommen, da sie nicht zu Hause leben können. Es wird als schwierig beschrieben, neue Freunde zu finden und mit ihnen verbunden zu bleiben, da z.B. keine Möglichkeit gesehen wird, diese einzuladen. Von den Probanden, welche durch Betätigungsrollen (z.B. Arbeitsrolle) neue, persönlich wichtige Bedeutungen entwickeln konnten, wurde es als wichtig erachtet, die Möglichkeit für Betätigung und Partizipation zu bekommen. Die Bedeutung und das Tun innerhalb der Betätigungsrollen sind eng miteinander verknüpft. Spezifische Aufgaben und soziale Interaktionen um die Aufgabe herum tragen zu der Erreichung von Lebenszielen bei. Betroffene erfahren Stolz und Freude, wenn sie etwas leisten können (z.B. in der Freiwilligenarbeit). Sie betonen, dass das Gefühl des Selbst durch Aktivitäten aufgekommen ist.

Die Systeme und Prozesse innerhalb der Pflege- und Rehabilitationsinstitution werden als Barriere und Erleichterung zugleich gesehen. Die Verfahren zum Risikomanagement stehen der Autonomie, freien Wahl und Kontrolle gegenüber. Viele Betroffene haben kognitive Beeinträchtigungen und benötigen eine 24-Stunden-Überwachung. Dementsprechend werden für alle Risiken identifiziert und gemanagt (z.B. Kleider kaufen ohne Erlaubnis der Angestellten nicht möglich, keine spontane Entscheidungen über tägliche Aktivitäten). Obwohl die Betroffenen sich der Notwendigkeit dieses Risikomanagements bewusst sind, empfinden sie es als ungerechtfertigt, keine unabhängigen Entscheidungen treffen zu dürfen.

Die Angestellten werden als „Ermöglicher“ und „Torwächter“ beschrieben. Sie werden einerseits bei der Erreichung von Lebenszielen als hinderlich wahrgenommen, wenn Betroffene sich kontrolliert fühlen oder wenn Angestellte nicht verfügbar sind. Andererseits werden sie als unterstützend wahrgenommen, da sie extern bestätigen, z.B. durch Anerkennung bei der Erreichung kleiner Etappenziele und Ermutigung. Es ist ein Bedürfnis ersichtlich, die eigenen Ziele den Angestellten mitteilen zu wollen. Die Unterstützung von Angestellten und Freunden eröffnet den Teilnehmenden Motivation

und Strategien, um das Eingebunden-Sein und die Partizipation an täglichen Aktivitäten aufrechtzuerhalten.

Anmerkung. Inhalte aus „Life goals and social identity in people with severe acquired brain injury: an interpretative phenomenological analysis,” von R. Martin, W. M. M. Levack und K. A. Sinnott, 2015, *Disability and Rehabilitation*, 37, S. 1234-1241.

3.5 Würdigung der Studie von Martin, Levack und Sinnott (2015)

Das zu untersuchende Phänomen und wichtige Begriffe werden nachvollziehbar und literaturbasiert beschrieben. Ebenso werden die Relevanz und das Ziel der Forschung hergeleitet. Das interpretativ-phänomenologische Design scheint angemessen, da der Fokus auf dem Phänomen des Erlebens und Wahrnehmens von Lebenszielen aus der Perspektive der Betroffenen liegt. Relevante ethische Fragen werden diskutiert. Die Autorinnen gehen davon aus, dass sich die freiwilligen Teilnehmenden schon vertiefter mit ihrer Situation befasst haben, als solche, die nicht teilnehmen wollten. Angaben zur Rekrutierung sind mangelhaft beschrieben, was z.B. die Wahl der Institution betrifft. Die Stichprobe weist Variationen auf (Alter, Diagnose, Zeitspanne seit dem Ereignis, Aufenthaltsdauer in der Institution) und ist passend gewählt, um das gewünschte Phänomen zu untersuchen. Alle Teilnehmenden stammen aus der gleichen Pflege- und Rehabilitationsinstitution so ist die Stichprobe nicht vollständig repräsentativ für die Population. Das relativ kleine Sample scheint für die Methode angemessen zu sein. Der beschriebene Interviewtyp, inklusive der Beispielfragen, weist auf ein semi-strukturiertes Interview mit offenem Ende hin. Die Interviewfragen wurden von den Forschenden entwickelt. Die Gegenstandsangemessenheit einiger Fragen ist zweifelhaft. Die von den Verfassenden beschriebene Selbstbestimmung der Teilnehmenden während den Interviews zeigt Offenheit im Forschungsprozess. Durch die einmalige Erhebung ist die Datensättigung nicht eindeutig gegeben. Es bleibt unklar, ob alle relevanten Themen des Phänomens als Ergebnisse aufgekommen sind. Die Erhebungs- und Auswertungsverfahren passen zueinander und sind angesichts der verfügbaren Ressourcen (es handelt sich um eine Masterthesis) angemessen. Sie sind so gewählt, dass allfällige Vorannahmen revidiert werden konnten. Die Daten wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Die reichhaltigen Ergebnisse werden in Zitaten empirisch verankert. Dies unterstützt die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit. Die Forschenden erwähnen Anpassungen der Zitate zur besseren Verständlichkeit, welche gekennzeichnet

wurden. Die Datenanalyse nach Smith, Flowers und Larkin (2009, zit. nach Martin, Levack & Sinnott, 2015) wurde beschrieben. Für die Datenauswertung wurden verschiedene Personen einbezogen. Die identifizierten Themen wurden peer-reviewed und unter Supervision diskutiert. Das unterstützt die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse. Weiter wurden die Resultate mit bestehender Forschung verglichen, um die eigenen Interpretationen zu hinterfragen. Es werden keine Angaben zu den Beziehungen zwischen Forschungspersonen und Studienteilnehmenden gemacht. Selbstbeobachtungen während dem Forschungsprozess werden nicht erwähnt, die Forschenden nennen aber verschiedene Prozesse zur Selbstreflexivität, was die Glaubwürdigkeit unterstützt. Sie betonen damit die Steigerung des wissenschaftlichen Rigor. Die beschriebene Reflexionsanalyse des hermeneutischen Zirkels ermöglicht ansatzweise eine analytische Induktion zur Theoriegenerierung. Widersprüche in den Aussagen wurden diskutiert. Die Verfassenden legen Limitationen der Generalisierbarkeit offen. Sie heben ihr Vorverständnis als Einflussfaktor auf die Interpretation der Daten hervor. Die aufgetretenen Themen sind in sich konsistent und inhaltlich unterscheidbar, die Zusammenhänge sind jedoch nicht gänzlich nachvollziehbar. Sie werden in einer Tabelle übersichtlich dargestellt. Es ist nicht klar, ob die Teilnehmenden von Lebenszielen gesprochen haben, oder ob die Forschungspersonen genannte Lebensthemen der Teilnehmenden als Lebensziele bezeichnet haben. Dies würde auf eine verzerrte Darstellung der Ergebnisse hindeuten und die Validität der Studie angreifbar machen. Der Fokus scheint weniger bei den Ergebnissen der Untersuchung zu liegen, sondern eher in der Diskussion aufkommenden Themen. Die Ziele der Studie werden in der Diskussion nicht direkt aufgegriffen und die Forschenden äussern sich nicht explizit dazu. Aus den herausgebildeten Kernthemen lassen sich Implikationen für die Praxis herleiten. Die Studie liefert bezüglich Wichtigkeit der Fokussierung der Sozialen Identität und der Unterstützung Betroffener bei der Erreichung ihrer Lebensziele spärliche neue Erkenntnisse. In Bezug auf Lebensziele bei Personen nach schwerer erworbener Hirnschädigung hingegen schon: Auch bei schweren Gedächtniseinschränkungen ist es möglich, Lebensziele zu benennen und zu diskutieren. Offene Fragen werden für tiefgründigere Erforschung von Lebenszielen aufgezeigt, um die Erfahrung Betroffener besser repräsentieren zu können.

3.6 Zusammenfassung der Studie von Gelech und Desjardins (2011)

In der Studie soll die Konstruktion des Selbst nach einer erworbenen Hirnschädigung aus erfahrungsbezogener Perspektive von Betroffenen erforscht werden. Einleitend wird argumentiert, dass die Sicht auf ein verlorenes, zersplittertes Selbst nach erworbener Hirnschädigung in der Literatur dominiert. Dies ist gemäss den Forschenden eine lückenhafte Repräsentation, da es trotz Veränderungen auch zu Stabilität, Rückgewinnung und Wachstum des Selbst kommen kann. Die Verfassenden haben sich für ein narrativ-qualitatives Studiendesign entschieden. Eine Forschungsperson und der Direktor der Rehabilitationsstelle identifizierten gemeinsam sechs Individuen, welche den Anforderungen des Interviewprozesses entsprachen (ausreichend sprachgewandte, reflexive und ausdrucksfähige Kommunikation, keine signifikanten Gedächtnisschwierigkeiten). Vier Personen (drei Männer, eine Frau) stimmten einer Teilnahme zu. Sie hatten moderate bis schwere Hirnverletzungen bei einem Motorradunfall erlitten und waren zwischen 37 und 55 Jahre alt. Seit dem Unfall waren zwischen vier und 21 Jahren vergangen. Neben individuellen Verletzungsfolgen, hatten bei allen kognitive und funktionelle Defizite zu einer grundlegenden Lebensveränderung geführt. Zum Zeitpunkt der Interviews war keiner der Betroffenen in einem Anstellungsverhältnis. Eine Person hatte sich in Folge des Unfalls geschieden, während drei in eine Beziehung eingebunden waren. Zwei der Teilnehmenden lebten selbstständig, die beiden anderen in einer Institution. Es wurden mit jeder Person zwei Formen von Interviews durchgeführt: Lebensgeschichtliche und semi-strukturierte Interviews, dies während einer Zeitspanne von maximal zehn Tagen. Bei den Lebensgeschichteninterviews wurden die Teilnehmenden aufgefordert, über ihr gesamtes Leben (inkl. Zukunftswünsche) zu erzählen. Die semi-strukturierten Interviews fokussierten aufgekommene Themen der Verletzungserfahrung (z.B. Persönlichkeit, soziale Rollen, tägliche Aktivitäten, etc.).

Die Unterbrechung der Kontinuität des Selbst nach der Verletzung war ein immer wiederkehrendes Thema, welches in Veränderungen der Beziehungen, Autonomie, Mobilität, täglichen Aktivitäten, Bewusstsein und Zukunftszielen beschrieben wurde. Besonders trat die Bedrohung des Selbst hervor. Hinsichtlich des Selbst nach der Verletzung und den damit verbundenen Erfahrungen, wurden Aspekte des inneren und

des äusseren Selbst genannt. Die Ergebnisse wurden in drei Themenbereiche (Tabelle 9) eingeteilt, mit Zitaten ergänzt und jeweils direkt unter Einbezug von Literatur diskutiert.

Tabelle 9

Von Gelech und Desjardins (2011) identifizierte Themen und Unterthemen

Thema	Beschreibung
Aspekte des äusseren Selbst	<p>Der grosse Fall und Aspekte des Verlustes</p> <p>Häufig wurde ein verlorenes oder zersplittertes Selbst beschrieben. Laut Betroffenen haben sich Beziehungen mit anderen und die Verbundenheit mit der Gesellschaft dramatisch verändert. Alle Teilnehmenden glaubten, dass Aspekte ihrer vergangenen Sozialen Identitäten (Freunde, Elternteil sein, Angestellter) durch Unfähigkeiten und negative Bewertung durch andere, zerstört oder bedroht wurden. Die Betroffenen nannten Verluste von wichtigen Aspekten des äusseren Selbst und beschrieben eine neue Soziale Identität als „allgemeine, an den Rand gedrängte und abhängige Person“. Da das Selbst von Beziehungen und der Verbundenheit mit der sozialen Welt abhängig ist, sind andere Personen in der Position, Aspekte unseres Selbst zu delegitimieren (z.B. Scheidung = Rollenverlust). Die Betroffenen mussten neue Verbindungen mit der sozialen Welt und ein neues äusseres Selbst aushandeln. Viele Veränderungen und Verluste der Sozialen Identität wurden mit praktischen Einschränkungen im Alltagsleben und veränderten Meinungen (Reaktionen) anderer gegenüber den Betroffenen begründet und wurden als „irreparabel“ und dauerhaft betrachtet. Einige Veränderungen von sich verneinten Betroffene, trotzdem waren sie gezwungen Veränderungen, welche andere bei ihnen wahrnehmen konnten, als Verluste des äusseren Selbst zu akzeptieren. Neben „irreparablen“ Verlusten, identifizierten alle Aspekte ihres äusseren Selbst (durch Verletzung auseinander gebrochen) als „reparierbar“. Sie stellten Elemente ihrer Sozialen Identität wieder her, z.B. durch Rückkehr zur bezahlten Arbeit (Identität als beitragendes Mitglied zur Gesellschaft). Durch eine veränderte Bedeutung gewisser Sozialer Identitäten (z.B. Vater-Rolle anstelle der Rolle des Arbeitnehmers) war ein Umgestaltungsprozess ersichtlich. Die Umgestaltung der Hierarchien bestimmter Sozialer Identitäten war für die Teilnehmenden bedeutsam, da dies der Umgang mit Verlusten ermöglichte.</p> <p>Betroffene sprachen nicht nur davon, wer sie waren, sondern auch, wer sie in Zukunft hoffen zu werden. Es bestanden Optimismus und Hoffnung, dass Rückgewinne von Aspekten des äusseren Selbst möglich sind.</p>
Aspekte des inneren Selbst	<p>Zwei Aspekte des inneren Selbst (Kontinuität und Einzigartigkeit) wurden durch die Verletzungserfahrung bedroht.</p> <p>Kontinuität</p> <p>Trotz der Bedrohung des inneren Selbst durch Funktionsdefizite und Delegitimierung durch andere, waren die Betroffenen fähig, das innere Selbst aufrecht zu erhalten. Fachpersonen aus medizinischen, rehabilitativen und rechtlichen Berufen bedrohten die Selbst-Kontinuität durch autoritäre Abhandlungen und die Argumentation, dass sich das Selbst der Betroffenen (Kognition, Gefühle, Fähigkeiten, Persönlichkeit, Temperament, Charakter) durch die Verletzung drastisch verändert hatte. Dies sahen die Betroffenen nicht so. Die Fachkräfte delegitimierten damit die Erfahrungen eines kontinuierlichen Selbst und somit auch einen wichtigen Aspekt der Selbst-Geschichte der Betroffenen. Auch Freunde/ Familie hoben Veränderungen (positiv oder negativ)</p>

der Persönlichkeit, Charakter, etc., hervor (z.T. offen, manchmal subtil durch Kontaktabbruch). Die Delegitimierung der Kontinuität im inneren Selbst durch Familie/Freunde war für alle Teilnehmenden mit den autoritären Abhandlungen von Fachpersonen verbunden. Teilweise wurden deren mächtige Befugnisse als verantwortlich gesehen für die Leugnung des inneren Selbst durch die Angehörigen. Betroffene reagierten mit Widerstand auf die Delegitimierung. Sie berichteten, dass ihre gesamte Person auf ihre kognitiven/ körperlichen Fähigkeiten reduziert wurde und dies mit Diskontinuität in einer solchen Fähigkeit mit einer Diskontinuität ihres gesamten Selbst gleichgesetzt wurde. Sie sahen, dass die Hirnverletzung sie mit Einschränkungen zurücklässt, aber „die Essenz, wer sie waren“, intakt geblieben ist. Sie betonten konsistente Charaktereigenschaften (z.B. Humor), Interessen, Fähigkeiten (z.B. Kreativität) und Temperament als Beweise eines stabilen inneren Selbst. Die Stabilität des inneren Selbst („Anker“) gibt dem Leben nach der Verletzung Bedeutung und ermöglicht eine Verbindung zu der vertrauten Vergangenheit und der globalen Gesellschaft.

Einzigartigkeit und Individualität

Drei der vier Betroffenen glaubten, dass andere die Einzigartigkeit ihres inneren Selbst herabsetzen und sie als homogene Gruppe der „eingeschränkten Anderen“ sehen. Vorwiegend Menschen, welche sie vor der Verletzung kannten (Familie/Freunde), delegitimierten die Kontinuität des inneren Selbst. Einzigartige Aspekte des inneren Selbst wurden von der Gesellschaft ignoriert. Die Teilnehmenden fühlten sich von anderen über ihre Verluste und ihren Verletzungs-Status definiert. Betroffene reagierten auf die Anzweiflungen an der Einzigartigkeit ihres inneren Selbst mit passivem Widerstand. Dadurch entstand trotz Widerstand ein Gefühl der Anpassung an die Gesellschaft. Die Kontinuität, Individualität und Ganzheit des Selbst konnten dabei trotzdem erhalten bleiben.

Neudefinition des Selbst

Es wird untersucht, wie sich das Selbst durch die Verletzungserfahrung als Ganzes verändert hat. So lässt sich erkennen, dass Betroffene die Hierarchie der beiden Teilbereiche des Selbst verändert haben. Das innere Selbst wurde als moralischer, authentischer Wert des Selbst angesehen, während Aspekte des äusseren Selbst als oberflächlich oder stereotypisch kritisiert wurden. Verluste einiger Aspekte des äusseren Selbst (Rollen, Status) wurden nicht mehr als wichtige Determinanten von persönlicher Ganzheit gesehen. Dies zeigte den Betroffenen die Unbeständigkeit der Merkmale Sozialer Identität und die Notwendigkeit, sich auf die moralische Überlegenheit des inneren Selbst zu fokussieren. Was zuerst als Verlust von Aspekten des äusseren Selbst auftauchte, wurde in Gewinn umgewandelt (moralischen Wachstumsprozess). Die Soziale Identität wurde geopfert und das innere Selbst aufgewertet. Überlebende betonten die Überlegenheit des inneren Selbst, indem Soziale Identität und Status als oberflächlich angesehen wurden. Die Aufwertung des inneren Selbst erlaubte es den Betroffenen, Verluste ihres sozialen Status in „die Peripherie ihres Selbst“ zu verbannen, weg von ihrem „moralischen Kern des inneren Selbst“.

Anmerkung. Nach dem Verständnis der Verfasserinnen dieser Arbeit bedeutet *delegitimieren* einer Person oder Sache ihre Berechtigung abzusprechen. Demzufolge wird hier unter *Delegitimierung* das Verhalten anderer gemeint, die den Betroffenen eine Berechtigung einer Selbst-Kontinuität und Einzigartigkeit absprechen. Inhalte aus „I am Many: The Reconstruction of Self Following Acquired Brain Injury“ von J. M. Gelech, M. Desjardins, 2011, *Qualitative Health Research*, 21, S. 62-74.

3.7 Würdigung der Studie von Gelech und Desjardins (2011)

Der Fokus der Arbeit wird nachvollziehbar beschrieben. Es wird keine eindeutige Forschungsfrage formuliert. Das Vorverständnis der Forschenden wird durch referenzierte Literatur und umfassende theoretische Beschreibungen zum Phänomen aufgezeigt. Zudem scheinen sie sich in bestehender Literatur informiert zu haben. Die Verfassenden beziehen Stellung, indem sie mit ihrer Arbeit bisherige Forschungsergebnisse und darin widergegebene Ansichten des „verlorenen Selbst“ kritisch hinterfragen und zu widerlegen beabsichtigen. Dies zeugt von Voreingenommenheit und schwächt die Objektivität der Ergebnisse. Das qualitative Vorgehen, welches von den Forschenden begründet wird, scheint für den Untersuchungsgegenstand angemessen. Die Erhebungsmethoden sind nachvollziehbar beschrieben und wurden auf Einschränkungen der Teilnehmenden angepasst (z.B. flexible Interviewdauer). Zur Stichprobenziehung sind wenige Informationen vorhanden und es kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob dabei angemessen vorgegangen wurde. Die Beschreibung deutet darauf hin, dass durch die Auswahl der Teilnehmenden die Population, für die Aussagen gemacht werden können, eingeschränkt wird. Die Stichprobe scheint passend für das narrativ-qualitative Design, jedoch nicht repräsentativ für die weitgefaste Population von Menschen mit erworbener Hirnschädigung. Charakteristika der Teilnehmenden sind beschrieben. Die Schritte der Datenanalyse sind knapp, aber nachvollziehbar ausgeführt und referenziert nach Good (1994, zit. nach Gelech & Desjardins, 2011) und Rothe (2000, zit. nach Gelech & Desjardins, 2011). Der methodologische Standpunkt wird erläutert. Erhebungsmethoden und Analysen passen zueinander und sind angesichts bekannter Ressourcen angemessen. Die Reichhaltigkeit der Ergebnisse bestätigt, dass der Interviewtyp richtig eingesetzt wurde. Die Teilnehmenden konnten laut den Forschungspersonen den Verlauf des Lebensgeschichten-Interviews selbst bestimmen, was zeigt, dass das Phänomen vertieft erfasst werden konnte. Die subjektiven Perspektiven wurden aber möglicherweise durch methodische Vorgehensweisen leicht eingeschränkt, da die Forschenden im zweiten Interview gewisse, von ihnen gewichtete Punkte näher erfragt haben. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und anonymisiert. Ein ethisches Prozedere wurde genannt. Wortwörtliche Zitate passen jeweils zum Kontext und erlauben eine punktuelle Überprüfung der Resultate. Es sind jedoch nicht zu allen Ergebnissen Zitate vorhanden. Oft kommen sinngemässe Wiedergaben von Äusserungen vor. Beobachtungen und Interpretationen der Forschenden werden direkt mit den Zitaten und

weiterführender Literatur verknüpft. Dadurch sind die Ergebnisse und ihre Diskussion nicht klar voneinander getrennt. Der Austausch zwischen den Forschungspersonen während der Datenanalyse unterstützt die Glaubwürdigkeit, insgesamt scheint diesem Punkt jedoch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden zu sein. Einzig die Beschreibung, dass die Forschenden vor der Rekrutierung im Rehabilitationszentrum Zeit verbrachten, um das Setting und die Betroffenen mit ihren Einschränkungen zu bedenken, verkörpert einen Ansatz der Selbstreflexivität. Die zu Beginn generierte Theorie, in Form von Kritik an bestehender Literatur zum Thema und gestellten geschlossenen Fragen, wurde durch die auftauchenden Themen bestätigt und mit Zitaten hinterlegt. Der Geltungsbereich der entwickelten Theorie wird nicht aktiv ausgetestet, die Forschungspersonen weisen aber auf die eingeschränkte Generalisierbarkeit hin. Die generierte Theorie ist in sich konsistent. Nicht bei allen Teilnehmenden taucht das Unterthema der Einzigartigkeit des inneren Selbst auf. Die Verfassenden erklären dies plausibel und es gelingt ihnen diese Ausnahme so zu deuten, dass sie die Theorie sogar stützt. Das Phänomen wird als Ganzes vielschichtig, detailliert und umfassend ausgeleuchtet. Durch die fehlende klare Trennung der Ergebnisse und der Diskussion werden Beziehungen zwischen einzelnen Themen direkt hergestellt und theoretisch verknüpft. Das ermöglicht ein vertieftes Verständnis, erschwert im Gegenzug jedoch Interpretation und Fakten zu unterscheiden, was die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit reduziert. Die gesamte Konzeption basiert auf der Kritik an bestehender Literatur, die es gemäss den Verfassenden zu hinterfragen gilt. Dies bestärkt die Relevanz der Studie. Die entwickelte Theorie ermöglicht ein vertieftes Verständnis des Phänomens und es gelingt den Verfassenden, Ergebnisse aus bestehender Literatur mit ihren eigenen zu vereinen. Eine graphische Darstellung für das bessere Verständnis der relativ komplexen Konzeption fehlt.

4. Diskussion

In allen drei Hauptstudien wird die Soziale Identität per Definition nicht als Hauptthema behandelt. Im Fokus steht viel mehr das Erleben der Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld rund um das Thema des Selbst. Um die Ergebnisse der Hauptstudien trotzdem mit dem Konstrukt der Sozialen Identität zu verbinden, wurden das SIMIC und CDMSII genutzt. Im folgenden Kapitel werden von den Autorinnen als relevant erachtete Ergebnisse der Hauptstudien diskutiert, mit dem theoretischen Hintergrund verknüpft und Implikationen zu einzelnen Enablement Skills formuliert.

4.1 Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Ergebnisse der Hauptstudien

4.1.1 Verändertes Selbst bzw. veränderte Soziale Identität

Bei allen eingeschlossenen Hauptstudien berichten die Teilnehmenden von einem veränderten Selbst. In der Studie von Freeman et al. (2015) wird von einem Verlust des alten Selbst gesprochen, welcher sich auf bedeutungsvolle Aspekte des Selbst (z.B. Männlichkeit, Intelligenz) bezieht. Betroffene reagieren auf den Vergleich zwischen ihrem neuen und alten Selbst mit Selbstabstossung, Selbstkritik und Schuldgefühlen gegenüber anderen, da sie für diese nicht mehr das alte Selbst seien. Sie berichten jedoch auch von einer Rekonstruktion eines neuen Selbst im Zusammenhang mit „positivem Wachstum“ und Stolz, „Überlebender“ zu sein. In der Studie von Martin et al. (2015) erzählen die Teilnehmenden von drastischen, frustrierenden Veränderungen des Selbst in Verbindung mit ihren veränderten Fähigkeiten, Freundschaften und vor allem ihrer plötzlichen Abhängigkeit von anderen. Sie beschreiben, dass über längere Zeit kontinuierlich ein neues Selbst entsteht. Sie entwickeln sich weiter, schätzen gewisse Veränderungen und sehen darin Möglichkeiten, um z.B. schlechte Gewohnheiten abzulegen. Gewisse Aspekte ihres Selbst hinsichtlich Werten, Persönlichkeiten und Lebensziele sehen sie jedoch als unverändert. Auch die Teilnehmenden der Studie von Gelech und Desjardins (2011) beschreiben, dass grosse Teile ihres Selbst, insbesondere des inneren Selbst (Charakter, Interessen, Temperament) stabil geblieben sind, aber das äussere Selbst neu ausgehandelt werden musste. Gelech und Desjardins (2011) berichten wie Freeman et al. (2015) von einem verlorenen Selbst. Dieses scheint sich jedoch auf Aspekte des äusseren

Selbst zu beschränken und umfasst sowohl „reparierbare“ als auch „irreparable“ Verluste (Gelech & Desjardins, 2011). Durch die Wiederaufnahme Sozialer Identitäten, sowie Umgestaltungsprozesse in ihrer Bedeutung, sei es gelungen, verlorene Aspekte zu reparieren. Zudem ermöglichte die moralische Aufwertung des inneren Selbst über das äussere Selbst, trotz Verlusten, einen moralischen Wachstumsprozess zu durchlaufen (Gelech & Desjardins, 2011).

Veränderungen des Selbst werden sowohl mit Verlusten, als auch mit Wiederaufbau und Weiterentwicklung in Verbindung gebracht. Scheinbar bleiben auch Aspekte des Selbst bestehen. Freeman et al. (2015) berichten vorwiegend über Verluste des Selbst. Bei Martin et al. (2015) und Gelech und Desjardins (2011) treten die positive Weiterentwicklung und die Stabilität gewisser Teile des Selbst deutlicher hervor. Diese Gewichtung kann durch die unterschiedlichen Absichten der Forschenden beeinflusst worden sein. Bei Martin et al. (2015) und Gelech und Desjardins (2011) zeigt sich in den Forschungsfragen eine Zukunftsorientierung (Lebensziele, Rekonstruktion des Selbst), bei Freeman et al. (2015) hingegen stehen Erfahrungen im sozialen Kontext im Mittelpunkt.

Bei den unterschiedlichen Formen von Veränderungen des Selbst gehen die Autorinnen auch von Veränderungen der Sozialen Identität aus. Aus dem SIMIC ist bekannt: Veränderungen wirken destabilisierend, können die Selbst-Kontinuität beeinträchtigen und erfordern eine Anpassung von Seiten der Betroffenen. Gelech und Desjardins (2011) und Martin et al. (2015) zeigen, dass sich nicht alle Aspekte des Selbst verändern und durchaus Selbst-Kontinuität erhalten bleiben kann. Ob und zu welcher Veränderung es schlussendlich kommt, ob davon eher Soziale oder Persönliche Identitäten betroffen sind, wie sich diese Veränderungen äussern und wie Betroffene darauf reagieren, ist individuell. In allen drei Hauptstudien sind Ansätze von Integrations- und Anpassungsprozessen erkennbar, deren Wichtigkeit das SIMIC betont.

4.1.2 Diskrepanz zwischen der Sicht der Betroffenen und der Sicht des sozialen Umfeldes

Diese Thematik ist besonders in den Studienergebnissen von Freeman et al. (2015) und Gelech und Desjardins (2011) ersichtlich. Betroffene beschreiben, eine Abnormalität bei sich selbst wahrzunehmen (Freeman et al., 2015). Sie identifizieren sich aber nicht damit und sehen sich selbst nicht so, äussern aber das Gefühl, von anderen so wahrgenommen zu werden. Betroffene nennen Angst vor Verurteilung und empfinden Feedback anderer

mehrheitlich als herablassend und nicht mit ihrer eigenen Sicht übereinstimmend. In der Studie von Gelech und Desjardins (2011) berichten Betroffene ebenfalls von unterschiedlichen Sichtweisen zwischen ihnen und anderen, hinsichtlich ihres Selbst und somit auch ihrer Sozialen Identitäten. Sie empfinden sich von der Gesellschaft als homogene, an den Rand gedrängte Gruppe der „eingeschränkten Anderen“ betrachtet. Als klaren Gegensatz zu dieser Homogenität betonen sie ihre Einzigartigkeit. Sie stellen von den medizinischen Fachpersonen eine Haltung fest, die ihnen einzigartige Aspekte ihrer Person absprechen - nicht zuletzt, indem diese drastische Veränderungen von Kognition, Gefühlen, Persönlichkeit, Temperament und Charakter bei den Betroffenen zu sehen meinen. Die Betroffenen empfinden das jedoch überhaupt nicht so. Sie sehen einzigartige Aspekte ihrer Person über die Verletzungserfahrung hinweg beständig und erkennen Selbst-Kontinuität.

Ähnliches ist bei Martin et al. (2015) erkennbar, die Diskrepanz der beiden Sichtweisen tritt jedoch weniger deutlich hervor und Betroffene entwickeln über längere Zeit ein Bewusstsein dafür, dass sie nicht mehr fähig sind, zum Leben wie vor der Hirnverletzung zurückzukehren. Eine Erklärung dafür sehen die Autorinnen darin, dass die Teilnehmenden der Studie von Martin et al. (2015) - wohnhaft in der Pflege- und Rehabilitationsinstitution - intensivere therapeutische Begleitung haben. Das kann zum Krankheitsbewusstsein beitragen. Zudem haben sie weniger Kontakt mit Personen ausserhalb der Institution, von welchen sie mit kritischem Feedback konfrontiert werden könnten.

4.1.3 Veränderte Soziale Beziehungen

In allen Hauptstudien beschreiben Betroffene Veränderungen in ihren sozialen Beziehungen. Sie berichten von aufgelösten, fehlenden Freundschaften (Martin et al., 2015) und davon, dass Personen den Kontakt zu ihnen abgebrochen haben (Gelech & Desjardins, 2011). Zudem fühlen sie sich, durch die physische und emotionale Distanz infolge ihres Lebens in der Institution, von ihrem sozialen Netzwerk isoliert (Martin et al., 2015).

Kommt es nach einem SHT aufgrund von Kontaktabbruch, sozialem Rückzug oder Isolation zu einer Reduktion relevanter sozialer Beziehungen, verlieren Betroffene möglicherweise auch wichtige, damit verbundene Soziale Identitäten. Diese haben einen Unterstützungseffekt bei Lebenstransitionen, indem sie Gruppenmitgliedschaften und

soziale Unterstützung bieten (vgl. SIMIC). Weiter fehlt dann auch die aktive Integration in soziale Beziehungen, die nach Martin et al. (2015) ein grosses Anliegen Betroffener darstellt. Auch bei Freeman et al. (2015) zeigen Betroffene ein Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Akzeptanz. Diesbezüglich haben die Betroffenen das Gefühl, Erwartungen anderer erfüllen zu müssen.

Sowohl Freeman et al. (2015) als auch Gelech und Desjardins (2011) berichten, dass Betroffene ihr Selbst auf verschiedene Weisen bedroht sehen. Die Bedrohung scheint immer im Austausch mit dem sozialen Kontext zu entstehen. Um sich vor Bedrohungen zu schützen kann es zu sozialem Rückzug kommen (Freeman et al., 2015).

Gelech und Desjardins (2011) beschreiben Verhaltensweisen anderer als Bedrohung: Freunde, Familie und Fachpersonen heben Veränderungen des Selbst der Betroffenen hervor und delegitimieren damit deren Selbst-Kontinuität. Von den Fachpersonen sowie der Gesellschaft werde zudem die Einzigartigkeit der Betroffenen herabgesetzt.

Eine weitere Bedrohung des Selbst sehen Teilnehmende bei Gelech und Desjardins (2011) in den Funktionsdefiziten infolge des SHTs. Vermutlich hängt das damit zusammen, dass Funktionsdefizite negative Selbstvergleiche zwischen dem neuen und dem alten Selbst als auch mit den Fähigkeiten anderer, wie Freeman et al. (2015) berichten, hervorrufen. Solche negativen Selbstvergleiche führen, gemäss Freeman et al. (2015), zu Selbstkritik und Selbstabstossung - nach den Autorinnen weitere Formen der Bedrohung des Selbst. Diese können auch entstehen durch Versagen beim Erfüllen wahrgenommener Erwartungen anderer (Freeman et al., 2015). Zudem stört gemäss SIMIC eine deutliche Veränderung zwischen dem alten und neuen Selbst die Selbst-Kontinuität - eine potentielle Gefahr, die möglicherweise das psychische Wohlbefinden beeinträchtigt. Die Autorinnen sehen darin auch einen Grund, warum die von Gelech und Desjardins (2011) genannte gestörte Selbst-Kontinuität durch andere als Bedrohung des Selbst empfunden wird. Ist das Selbst bedroht, wird der Integrationsprozess einer neuen Sozialen Identität erschwert (vgl. CDMSII).

Die Betroffenen bei Martin et al. (2015) berichten von keiner Bedrohung ihres Selbst. Eine mögliche Erklärung sehen die Autorinnen darin, dass die Betroffenen in der Institution die neue Soziale Identität, therapeutisch begleitet, erkennen, ihr bewusst werden und sie integrieren können. Zudem sind sie vermutlich weniger stark einem bekannten sozialen Umfeld ausgesetzt, welches sie an ihr altes Selbst erinnert. Es finden weniger

Selbstvergleiche statt und die Betroffenen werden nicht durch Verhalten der anderen ständig mit einer potenziellen Diskontinuität des Selbst konfrontiert.

Insgesamt wird deutlich: Das Selbst und somit auch die Sozialen Identitäten, sind sozial konstruiert. Die Konstruktion des Selbst, welche auf wechselseitige Interpretationen von Verhalten beruht, wird beeinflusst von persönlichen kognitiven Fähigkeiten. Diese können gemäss Firsching und Ferbert (2008) nach SHT beeinträchtigt sein und sich auf die Aktualisierung des neuen Selbst auswirken (Gracey & Ownsworth, 2012). Freeman et al. (2015) benennen sogar, dass Betroffene nicht fähig sind, Veränderungen ihrer selbst zu erkennen. Das könne ein Grund dafür sein, dass diese das Feedback anderer als verwirrend empfinden. Trotzdem verlassen sie sich darauf, um ein Gefühl dafür zu erhalten, wer sie sind, weil sie sich nicht auf ihre eigene Sicht berufen können (Freeman et al., 2015). Sie brauchen den sozialen Kontext als Referenz. Dies passt auch zu den Erkenntnissen von Strandberg (2009) der beschreibt, dass Betroffene durch die Begegnung mit anderen eine realistischere Sichtweise auf ihre Defizite entwickeln können. Die Betroffenen äussern, dass es sich bei Hirnverletzungen um eine versteckte Verletzung handelt (Freeman et al., 2015). Dies sei einerseits unterstützend, um die Verletzung zu verbergen und dem Wunsch „wie ein normaler Mensch zu sein“ näher zu kommen. Dieser Wunsch steht gemäss den Autorinnen vermutlich in Zusammenhang mit demjenigen, akzeptiert zu werden und dazuzugehören, den Freeman et al. (2015) nennen. Andererseits befürchten sie, dass ihre Schwierigkeiten - die offenbar, wie auch Strandberg (2009) berichtet, nicht direkt sichtbar, aber doch in der Begegnung spürbar sind - ihrer Persönlichkeit zugeschrieben werden könnten (Freeman et al., 2015). Auch hier erkennen die Autorinnen eine klare Orientierung am sozialen Kontext.

Mit dieser Erklärung des sozial konstruierten Selbst, sowie der versteckten Verletzung, lässt sich verstehen, weshalb es zu Diskrepanzen zwischen der Sicht der Betroffenen und der Sicht des sozialen Umfeldes kommen kann.

4.1.4 Abhängigkeit

Die Abhängigkeit scheint bei allen Betroffenen ein Thema zu sein, welches oft mit ihrer Autonomie und der Beziehung zu Fachpersonen in Verbindung gebracht werden kann. Betroffene berichten von autoritären Abhandlungen durch Fachpersonen (Gelech & Desjardins, 2011) und fühlen sich diesen gegenüber machtlos (Freeman et al., 2015). In

der Studie von Martin et al. (2015) sprechen die Teilnehmenden von einer plötzlichen Abhängigkeit, welche als frustrierend empfunden wird. Die Angestellten der Institution werden einerseits als unterstützend und ermutigend, andererseits als hinderlich und einschränkend für ihre Autonomie erlebt. Bei Freeman et al. (2015) und Gelech und Desjardins (2011) werden Gesundheitsfachpersonen eher als bedrohlich wahrgenommen, bei Martin et al. (2015) hingegen ist eine ambivalente Sichtweise erkennbar. Die Autorinnen begründen dies mit dem aufkommenden Bewusstsein der Betroffenen hinsichtlich ihrer Unfähigkeit zu dem Leben vor der Hirnschädigung zurückzukehren. Womöglich gelingt es ihnen dadurch in gewissen Bereichen die Unterstützung der Fachpersonen anzunehmen, die Soziale Identität als abhängige Person zu integrieren und Fachpersonen als ermutigend und unterstützend wahrzunehmen. Neben Autonomie scheint auch der Wunsch auf Mitsprache zentral. Betroffene betonen, dass sie sich mit Angestellten über Lebensziele austauschen wollen, um als ganze Person anerkannt zu werden (Martin et al., 2015). Autonomie und Mitsprache sind also wichtig, gerade wenn Betroffene, wie bei Martin et al. (2015), auf körperlicher Ebene abhängig sind.

4.1.5 Etwas zurückgeben

Der Familie und der Gesellschaft gegenüber werden Schuldgefühle geäußert, jahrelang Rehabilitation in Anspruch genommen zu haben, ohne etwas zurückzugeben (Freeman et al., 2015). Dies wird auch bei Martin et al. (2015) deutlich, wenn sich Betroffene als Last für andere fühlen und betonen, dass sie durch ihre Rollen aktiv zu Beziehungen beitragen möchten und nicht nur Unterstützung annehmen wollen. Betroffene beschreiben Stolz, wenn sie etwas zurückgeben können (Freeman et al., 2015). Die Verfügbarkeit für die Familie als Versorgungsperson und das Leisten eines Beitrags zur Gemeinschaft (z.B. durch Freiwilligenarbeit), sind wichtige Themen, welche mit Stolz und Freude verbunden werden (Martin et al., 2015). Laut den Autorinnen ermöglicht die Wiederaufnahme solcher Rollen und Aufgaben nach der Verletzung eine alte Soziale Identität weiter auszudrücken. Eine alte Soziale Identität kann somit bestehen bleiben und gleichzeitig eine neue Soziale Identität integriert werden. So kann z.B. die alte Soziale Identität als bezahlte Arbeiterin durch die übergeordnete Identität der Arbeiterin mit der neuen Sozialen Identität als freiwillige Arbeiterin verknüpft werden. Möglicherweise sind Aufgaben in der Freiwilligenarbeit denen der vorherigen bezahlten Arbeit ähnlich oder sie überlappen sich.

Gemäss dem CDMSII und SIMIC erleichtert das ihre Integration ins Selbst und ermöglicht, die Selbst-Kontinuität zu erhalten.

Die Bedeutung und das Tun bei der Aufnahme solcher Rollen und Aufgaben sind für Betroffene eng miteinander verknüpft (Martin et al., 2015). Solche bedeutungsvollen Aktivitäten hatten ermöglicht, wieder ein Gefühl für das Selbst zu entwickeln.

Auch Gelech und Desjardins (2011) äussern ähnlich wie Freeman et al. (2015) und Martin et al. (2015), dass es wichtig ist, ein beitragendes Mitglied zur Gesellschaft zu sein. Gleichermassen betonen sie aber, dass Rollen und Status weniger wichtig sind für das Gefühl persönlicher Ganzheit. Dies kann einerseits als Widerspruch zu den Aussagen von Freeman et al. (2015) und Martin et al. (2015) erscheinen, bei welchen die Ausführung von Rollen und Aktivitäten im sozialen Kontext als besonders wichtig angesehen werden, andererseits als Widerspruch ihren eigenen Aussagen gegenüber. Eine mögliche Erklärung scheint, dass nicht alle Betroffenen gleich mit Veränderungen des Selbst umgehen. Der Umgang mit Veränderungen in den Sozialen Identitäten hängt von verschiedenen Faktoren ab (vgl. SIMIC). Bei Gelech und Desjardins (2011) scheinen Betroffene mit einer Veränderung in der Hierarchie des inneren und äusseren Selbst reagiert zu haben. Dadurch haben Rollen und Status an Bedeutung verloren. Dies interpretieren die Autorinnen als Verteidigungsstrategie gegen Bedrohungen des Selbst durch andere.

4.2 Theorie-Praxis-Transfer (inkl. Modellübertrag)

4.2.1 Advocate

Bei diesem Skill steht das Recht auf alltägliche Betätigungen für alle im Vordergrund (Townsend & Polatajko, 2013). Die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut setzt sich mit oder für Menschen, für eine bessere Partizipation ein (Krieger, 2012).

Die ergotherapeutische Fachperson soll mit oder für Betroffene bei Angehörigen, anderen Fachpersonen oder Personen der Öffentlichkeit eintreten. Betroffene sollen unterstützt werden, ihre Sichtweise kundzutun. Je nach Wunsch kann die Therapieperson sich für eine Austauschgelegenheit mit dem sozialen Umfeld der Betroffenen einsetzen, sie bei der Äusserung ihrer Bedürfnisse begleiten oder deren Interessen vertreten. Dabei ist relevant, dass die Fachperson stets mit den Betroffenen Rücksprache hält, um herauszufinden,

welches ihre Sicht der Dinge ist. Dies erscheint den Autorinnen wichtig, da Betroffene oft von einer Diskrepanz zwischen ihrer eigenen Sichtweise auf ihr Selbst und derer anderer, sowie von Angst vor der Verurteilung und Bedrohung des Selbst durch andere berichten (Freeman et al., 2015; Gelech & Desjardins, 2011).

Weiter treten in ihren Berichten auch Mitsprache und Autonomie als zentral hervor, insbesondere wenn Betroffene körperlich abhängig sind von anderen oder wenn ihre Autonomie durch Gesundheitsfachpersonen eingeschränkt wird (Freeman et al., 2015; Gelech & Desjardins, 2011; Martin et al., 2015).

Hier können Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als Vermittler zwischen den unterschiedlichen Sichtweisen fungieren und u.a. die Autonomie der Betroffenen unterstützen, verteidigen und fördern. Die grösstmögliche Autonomie zu ermöglichen unterstützt, dass der Unterschied zwischen dem alten und dem neuen Selbst bezüglich Autonomie kleinstmöglich erlebt wird (vgl. SIMIC). Das unterstütze den Erhalt der Selbst-Kontinuität. Je mehr sich die alte und neue Soziale Identität überschneiden, desto besser könne die neue Soziale Identität (inkl. Abhängigkeit) akzeptiert werden. Zudem befähigt Autonomie gemäss den Autorinnen zu mehr Unabhängigkeit und Möglichkeiten partizipieren zu können.

Bei aufgelösten und fehlenden Freundschaften (Gelech & Desjardins, 2011; Martin et al., 2015), Gefühlen von Isolation, fehlender Möglichkeiten Freunde einzuladen und dadurch Freundschaften nicht aufrechterhalten zu können (Martin et al., 2015), können ergotherapeutische Fachpersonen den Betroffenen Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen: Ihnen Raum und Zeit geben, Freunde einzuladen oder ausserhalb der Institution zu treffen. Weiter können sie dieses Bedürfnis auch bei anderen Fachpersonen vertreten und Entsprechendes einfordern; z.B. indem sie ein öffentliches Kaffee innerhalb der Institution beantragen. Soziale Identitäten könnten erhalten bleiben oder neue gebildet und sozialer Isolation entgegengewirkt werden. Sind im institutionellen Rahmen Hindernisse vorhanden, wie Martin et al. (2015) beschreiben, so macht es Sinn, ein klientenzentriertes Gruppenangebot von Seite der Ergotherapie zu ermöglichen. Betroffene sollen, entsprechend ihren Interessen in Gruppen zusammenkommen. Die dadurch entstandenen Gruppenmitgliedschaften ermöglichen, die neue Soziale Identität als Institutionsbewohner an alte Soziale Identitäten anzuknüpfen und sich innerhalb der Institution nicht nur mit der neuen, vermutlich unerwünschten Sozialen Identität als Person mit Hirnverletzung beschäftigen zu müssen. Weiter bieten diese Gruppen wahrscheinlich

soziale Unterstützung, welche während der Lebenstransition des SHTs, an die es sich anzupassen gilt, hilfreich ist (vgl. SIMIC). Insbesondere wenn es darum geht, neue Soziale Identitäten anzunehmen, alte loszulassen oder beide zu integrieren.

4.2.2 Coach

Dieses Skill findet in einem partnerschaftlichen Verhältnis statt, welches durch die Klientenzentrierung geprägt ist (Krieger, 2012). Es geht darum, dass man Klientinnen und Klienten dabei assistiert, ihre Ressourcen, Stärken und Ziele herauszufinden und deren Erreichen zu planen (Townsend & Polatajko, 2013). Sie werden darin unterstützt, Prioritäten zu erkennen für eine grössere Kongruenz zwischen ihrem Selbst und ihrem Tun (Townsend & Polatajko, 2013).

Für Betroffene ist es zentral, ihrer Familie oder der Gesellschaft etwas zurückgeben und einen Beitrag leisten zu können (Freeman et al., 2015; Gelech & Desjardins, 2011; Martin et al., 2015). Sie wollen sich durch ihre Rollen aktiv an Beziehungen beteiligen (Martin et al., 2015). Aus ergotherapeutischer Sicht sollten mit Betroffenen zusammen Lösungswege gefunden werden, wie sie dies erreichen können. Wenn es für sie wichtig ist, können mit ihnen alternative Möglichkeiten eines Beitrags zur Gesellschaft gesucht werden. Dies kann z.B. in Form von Freiwilligenarbeit sein, wie es von Betroffenen genannt wurde (Martin et al., 2015). Sinnvoll ist, neue Soziale Identitäten, die in diesem Zuge entstehen, mit bestehenden Sozialen Identitäten zu verknüpfen oder die Bedeutung einzelner Sozialer Identitäten zu verändern (vgl. SIMIC). Letzteres z.B. indem Betroffene sich stärker auf die Vater-Rolle anstelle der Arbeiter-Rolle konzentrieren. Dies hat laut Gelech und Desjardins (2011) geholfen, Veränderungen anzunehmen und damit die Selbst-Kontinuität unterstützt (vgl. SIMIC). Die Autorinnen vermuten, dass solche Veränderungen in ihren Sozialen Identitäten besser angenommen werden können, wenn sie direkt in Betätigungen erlebt werden. Denn Betätigungen tragen zur Bildung von Identität bei (Kielhofner, 2008) und dienen als Referenz für das Selbst.

Die Therapieperson kann Klientinnen und Klienten unterstützen, ihre Prioritäten zu erkennen und Motivation zu finden, sowie alte Soziale Identitäten zu suchen, um neue Soziale Identitäten daran anzuknüpfen. Ergotherapeutische Assessments können einbezogen werden, wie z.B. die Interessen- oder Rollencheckliste (Kielhofner et al., 2008), welche die Vergangenheit, die Gegenwart sowie die Zukunft beachten.

Menschen nach Hirnverletzungen haben oft unrealistische Wünsche, zu einem funktionellen Level und Aktivitäten wie vor der Verletzung zurückzukehren (Ylvisaker et al., 2008). Daraus ergeben sich Konflikte zwischen Zielen der Fachperson und des Individuums (Ylvisaker et al., 2008), was auch Martin et al. (2015) bestätigen. Als Hilfsmittel um identitätsbezogene, mit dem Selbst übereinstimmende, realistische Ziele nach einem SHT zu identifizieren, wird in der Literatur mehrfach das Metaphoric Identity Mapping genannt (Freeman et al., 2015; Martin et al., 2015; Ylvisaker, Mcpherson, Kayes & Pellett, 2008). Dieses Hilfsmittel kann auch in der Ergotherapie angewendet werden (Ylvisaker et al., 2008). Bei der Zielformulierung soll die Therapieperson auf Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung achten.

4.2.3 Collaborate

Ein wesentlicher Aspekt ist partnerschaftliches Zusammenarbeiten, basierend auf Empathie und gegenseitigem Vertrauen (Townsend & Polatajko, 2013). Bei diesem Skill gehe es um die Anerkennung der Expertise der Klientinnen und Klienten anstelle einer Hierarchie zwischen der Therapieperson und den Klientinnen und Klienten.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass es für Betroffene wichtig ist, als einzigartige, ganze und autonome Personen wahrgenommen zu werden. Grundlegend dazu ist die Haltung der Therapieperson, welche die Einzigartigkeit und Autonomie der Betroffenen anerkennen soll. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit kann durch den aktiven Einbezug der Betroffenen beim gesamten Therapieprozess und insbesondere bei der Zielsetzung, z.B. mit Metaphoric Identity Mapping (Ylvisaker et al., 2008) oder mit Hilfe ergotherapeutischer Assessments wie dem Canadian Occupational Performance Measure [COPM] (Law et al., 2015), ermöglicht werden. Hinsichtlich Zielsetzung besteht für die Fachperson Handlungsbedarf: Schwerbetroffene berichten, dass mit ihnen Lebensziele mangelhaft besprochen wurden, obwohl sie in der Lage gewesen wären, solche zu nennen (Martin et al., 2015).

Als Experten für sich selbst wissen Betroffene am besten, wie sie sich fühlen, besonders hinsichtlich ihres Selbst. Es ist zwar möglich, dass sie eine verzerrte Wahrnehmung haben, z.B. wenn das Krankheitsbewusstsein noch fehlt. Trotzdem steht es keiner Fachperson zu, die Sichtweise der Betroffenen anzuzweifeln, gerade weil das Selbst auch Bereiche umfasst, die nach aussen nicht immer sichtbar sind (Gelech & Desjardins, 2011). Ein solches Verhalten werde von Betroffenen als Bedrohung des Selbst wahrgenommen.

Es sollte deshalb vermieden werden (vgl. CDMSII). Gracey und Ownsworth (2012) betonen hier die Bedeutung der therapeutischen Beziehung. Sich verstanden und nicht verurteilt zu fühlen, kann Betroffene bei der Verarbeitung von Veränderungen im Selbst unterstützen (Gracey & Ownsworth, 2012). Die Autorinnen empfehlen deshalb mit allen Betroffenen, unabhängig ihrer Einschränkungen, partnerschaftlich und respektvoll zusammenzuarbeiten.

Bei diesem Skill gehört auch die Zusammenarbeit mit der Familie dazu (Townsend & Polatajko, 2013). Die soziale Unterstützung der Familie erscheint für die Betroffenen zentral und ist nach Strandberg (2009) insbesondere langfristig entscheidend. Sie vermittelt Betroffenen ein Zugehörigkeitsgefühl (Martin et al., 2015) und unterstützt als Soziale Identität (vgl. SIMIC). Familienmitglieder sollen, im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes, in den Therapieprozess miteinbezogen werden. Sie sollen Gelegenheit erhalten, bei einzelnen Therapien dabei zu sein und an interdisziplinären Gesprächen teilzunehmen. Gemeinsam können Wege gesucht werden, um Veränderungen der Sozialen Identitäten möglichst gering zu halten und neue Soziale Identitäten besser zu integrieren. Wo möglich sollen alte Soziale Identitäten im gewohnten Umfeld weiter ausgedrückt oder kompensiert werden (vgl. Beispiel Vater-Rolle und Arbeiter-Rolle). Alte Aufgaben wieder aufzunehmen oder in der Familie eine neue Arbeitsteilung zu entwickeln, sind Umsetzungsmöglichkeiten. Betroffene sollen etwas beitragen und zurückgeben können. Wenn Betroffene die Veränderungen im Selbst noch nicht annehmen können, können Angehörige als Beispiel vorangehen und ihnen wohlwollend begegnen.

4.2.4 Coordinate

Für die klientenzentrierte Befähigung müssen verschiedene Systeme, wie Klientinnen und Klienten, Angehörige und andere Fachpersonen, miteinander koordiniert werden (Townsend & Polatajko, 2013). Die ergotherapeutische Fachperson verbinde Klientinnen oder Klienten mit weiteren Ressourcen und Dienstleistungen und stimme diese aufeinander ab, um Betätigung zu ermöglichen.

Die Autorinnen verstehen die Soziale Identität als sozialpsychologisches Konstrukt. Als ergotherapeutische Fachperson macht es Sinn, theoretische Hintergründe über Soziale Identität zu kennen. So kann man sich für das Erleben der Betroffenen stimmig und fachlich angemessen verhalten. Durch den ergotherapeutischen Betätigungsfokus besteht ein grosses Potenzial, um Veränderungsprozesse und das Erleben des Selbst und den

Sozialen Identitäten, positiv zu unterstützen. Trotzdem ist es wichtig, die eigenen Grenzen zu erkennen und allenfalls spezialisierte Fachpersonen, insbesondere aus dem Fachgebiet der Psychologie, zu kontaktieren. Zieht man eine Fachperson bei oder ist diese bereits seit Beginn involviert, so sind gute interprofessionelle Zusammenarbeit und regelmässige Absprachen wichtig, um die Behandlungen ergänzend aufeinander aufzubauen.

4.2.5 Engage

Bei der Anwendung dieses Skills werden Klientinnen und Klienten in Betätigungen eingebunden und das Engagement für die Teilhabe an sozial bedeutungsvollen Rollen wird gestärkt (Townsend & Polatajko, 2013).

Betätigungen ermöglichen Betroffenen wieder ein Gefühl für das Selbst zu entwickeln (Martin et al., 2015). Weiter äussern dieselben Betroffenen ein starkes Bedürfnis, durch ihre Rollen aktiv zu Beziehungen beizutragen. Betätigungen, die in diesem Rahmen ausgeführt werden, können auch dem Ausdruck ihres Selbst dienen - gemäss den Autorinnen insbesondere dem Ausdruck ihrer Sozialen Identitäten, die mit den Rollen und den damit verbundenen Beziehungen verknüpft sind. Wenn es gelingt, sich kompetent darzustellen, ermöglicht der Ausdruck des Selbst soziale Anerkennung (Christiansen, 1999). Hier können Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ansetzen, indem sie die Verbesserung der Performanz in diesen Betätigungen unterstützen. Die Autorinnen gehen davon aus, dass durch die damit erreichte soziale Anerkennung und Akzeptanz durch andere ein Gefühl von Zugehörigkeit entstehen kann - was sich Betroffene wünschen (Freeman et al., 2015; Martin et al., 2015).

Durch die Ermöglichung von Betätigungen in Gesellschaft kann sozialem Rückzug entgegengewirkt werden. Die Therapieperson kann Betroffene unterstützen, ihren Interessen entsprechende Angebote zu finden und sie ermutigen, daran teilzunehmen.

Auch für die Einbindung in Alltagsaktivitäten erleben Betroffene Gesundheitsfachpersonen ermutigend und beschreiben sie als „Ermöglicher“ (Martin et al., 2015). Ihre Unterstützung, z.B. durch externe Bestätigung bei der Erreichung von Teilzielen, gibt Betroffenen Motivation, an solchen Aktivitäten teilzuhaben. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind für solche Unterstützung, gerade bei Alltagsaktivitäten, geeignete Fachpersonen.

Weiter sollen Betroffene ermutigt werden, kontinuierliche Aspekte ihres Selbst zu erkennen und diese zu erhalten (z.B. Teile des inneren Selbst), sowie „reparierbare“ Verluste (insbesondere im äusseren Selbst) zu identifizieren (vgl. Gelech & Desjardins, 2011). Mit Unterstützung ergotherapeutischer Fachpersonen können solche Verluste über das Mittel der Betätigung wieder „repariert“ werden, indem Betroffene unterstützt werden, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren oder indem ein Betroffener darin unterstützt wird, sich mehr um seine Kinder zu kümmern als Ersatz für die bezahlte Arbeit. Das führt zu einer besseren Integration der veränderten Sozialen Identitäten (vgl. SIMIC) und zu einer besseren Anpassung an die Situation.

5. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel wird die Fragestellung nochmals aufgegriffen, Limitationen der vorliegenden Arbeit genannt und offene, weiterführende Fragen aufgezeigt.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung wurde basierend auf dem Zusammenhang zwischen Person, Betätigung und sozialem Kontext hergeleitet. Sie fokussiert das Erleben von Auswirkungen eines SHTs auf die Soziale Identität. Aus den Hauptstudien lässt sich bestätigen, dass Betroffene durch ein SHT Veränderungen im Selbst erleben. Sie berichten jedoch auch von beständigen Aspekten des Selbst. Es ist sowohl von Verlusten, als auch von positiver Weiterentwicklung die Rede. Weiter erzählen Betroffene von einer Diskrepanz zwischen ihrer eigenen Sicht und derjenigen der sozialen Umwelt, bezogen auf ihr Selbst. Dies lässt sich damit begründen, dass das Selbst sozial konstruiert ist und sich entsprechend in veränderten Beziehungen widerspiegelt. Hier erleben Betroffene vielseitige Bedrohungen ihres Selbst in Form von Selbstkritik, was zu sozialem Rückzug führen kann. Weiter erleben sie Bedrohung durch die fehlende Anerkennung ihrer Einzigartigkeit und einer Selbst-Kontinuität. Abhängigkeit sowie Machtlosigkeit gegenüber dem Gesundheitspersonal erleben Betroffene als frustrierend. Sie sehen Fachpersonen einschränkend und ermutigend zugleich. Viele Betroffene äussern den Wunsch, aktiv in soziale Beziehungen integriert zu sein und der Familie und der Gesellschaft etwas zurückgeben zu können.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit schliesst Handlungsempfehlungen für die Ergotherapie ein. Aus dem Erleben Betroffener, verknüpft mit den Modellen zur Sozialen Identität, konnten Implikationen hergeleitet werden, die den Enablement Skills zugeordnet wurden. Insgesamt ist ein klientenzentriertes Vorgehen angezeigt, welches Betroffene unterstützt, so viele Soziale Identitäten wie möglich nach dem SHT zu erhalten und allenfalls neue Soziale Identitäten ins Selbst zu integrieren. Für die konkreten Implikationen sei auf das vorhergehende Kapitel sowie die nachfolgende Übersicht (Abbildung 4, S.58) verwiesen. Sie soll als Arbeitinstrument für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Praxis einen Überblick sowie Ideen geben, wie das Thema der Sozialen Identität bei SHT in der Behandlung aufgenommen werden kann.

Soziale Identität bei Schädelhirntrauma - Handlungsempfehlungen für die Ergotherapie

Durch den ergotherapeutischen Betätigungsfokus besteht ein grosses Potenzial, Veränderungsprozesse des Selbst und den Sozialen Identitäten, sowie das Erleben dieser positiv zu unterstützen. Doch stellt sich die Frage: Wie können Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten das Erleben von Menschen, die ein Schädelhirntrauma erlitten haben, in Bezug auf ihre Soziale Identität konkret positiv beeinflussen? Gegliedert nach relevanten Enablement Skills werden im Folgenden Handlungsempfehlungen dargestellt.

Collaborate - „Power Sharing“ mit Betroffenen und Angehörigen

- Einzigartigkeit und Autonomie von Betroffenen anerkennen
- partnerschaftlich und respektvoll zusammenarbeiten - unabhängig der Einschränkungen der Betroffenen
- aktiver Einbezug der Betroffenen beim gesamten Therapieprozess, v.a. bei der Zielsetzung:
 - unterstützende Instrumente:
 - Metaphoric Identity Mapping
 - COPM
- Zusammenarbeit mit Angehörigen von Betroffenen:
 - gemeinsam nach Wegen suchen...
 - Ausdrücken alter soziale Identitäten weiterhin ermöglichen
 - Wiederaufnehmen von Aufgaben und Rollen
 - neue Arbeitsteilung in der Familie (z.B. Kompensieren durch Umgewichtung alter und neuer sozialer Identitäten)
 - ermöglichen „etwas zurückzugeben“
 - ermöglichen bei Therapien und interdisziplinären Gesprächen dabei zu sein
 - Wichtigkeit aufzeigen Betroffenen wohlwollend zu begegnen

Engage - In Betätigung einbinden, Engagement und Teilhabe stärken

- Verbesserung der Betätigungsperformanz fördern
 - Betätigungen in Gesellschaft ermöglichen und sozialen Rückzug verhindern
 - Angebote entsprechend Interessen finden
 - ermutigen daran teilzunehmen
 - Partizipation in Alltagsaktivitäten fördern
 - ermutigen, motivieren
 - Anerkennung bei der Erreichung von Teilzielen
 - Strategien vermitteln
 - Unterstützung kontinuierliche Aspekte des Selbst zu erkennen und zu stärken
 - über das Mittel der Betätigung Verluste im Selbst „reparieren“
 - Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz oder Ermöglichen von Freiwilligenarbeit
 - Unterstützung beim Übernehmen von Aufgaben in der Familie
- aktives Beitragen der Betroffenen in Beziehungen ermöglichen
 → Ausdruck des Selbst durch Betätigungen unterstützen

Advocate - mit und für Menschen eintreten, „Vermittler sein“

- Mitsprache, Autonomie und Unabhängigkeit fördern
- Unterstützen der Betroffenen beim Kundtun ihrer eigenen Sichtweise
 - Bei der Äusserung ihrer eigenen Bedürfnisse unterstützen
 - Austauschmöglichkeiten schaffen
 - Interessen der Betroffenen nach Rücksprache mit ihnen vertreten
- Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen:
 - Betroffenen Raum und Zeit geben, Freunde einzuladen oder zu treffen
 - Bedürfnis bei anderen Fachpersonen vertreten (z.B. öffentliches Kaffee innerhalb der Institution beantragen)
- Klientenzentrierte Gruppenangebote nach individuellen Interessen ermöglichen

Coordinate - Ressourcen und Dienstleistungen abstimmen

- theoretische Hintergründe der sozialen Identität kennen
- eigener beruflicher Grenzen bewusst sein
 - allenfalls auf spezialisierte Fachpersonen, z.B. aus der Psychologie, verweisen
- bei interprofessioneller Zusammenarbeit
 - Behandlungen ergänzend aufeinander aufbauen
 - regelmässiger Austausch, klare Absprachen

Coach - Ressourcen, Stärken, Ziele herausfinden, planen, assistieren

- Beitrag zur Gesellschaft und Beziehungen („etwas zurückzugeben“) ermöglichen
- alternative Möglichkeiten ausfindig machen
 - Freiwilligenarbeit
 - neue Arbeitsteilung in der Familie
- unterstützen Prioritäten zu erkennen und Motivation zu finden
- betätigungsorientierte, klientenzentrierte, realistische Ziele formulieren
 - unterstützende Instrumente:
 - Rollencheckliste
 - Interessencheckliste
 - Metaphoric Identity Mapping
 - COPM

Begriffe und Abkürzungen

COPM: Canadian Occupational Performance Measure

Soziale Identität: Teil des Selbstkonzepts, entspricht dem Wissen über die eigene Gruppenmitgliedschaft und dem Wert, der emotionalen und der sozialen Bedeutung, die wir damit verbinden

Enablement Skills: Ergotherapeutische Fertigkeiten durch die Klientinnen und Klienten Betätigungen ermöglicht werden

erstellt von Evamaria Estermann & Carolina Bühler, in Anlehnung an ihre Bachelorarbeit

verwendete Literatur

- Townsend, E. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation* (2nd, ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Freeman, A., Adams, M. & Ashworth, F. (2015). An exploration of the experience of self in the social world for men following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(2), 189-215.
- Martin, R., Leveck, W. M. & Sinnott, K. A. (2015). Life goals and social identity in people with severe acquired brain injury: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 37(14), 1234-1241.
- Gelech, J. M. & Desjardins, M. (2011). I am Many: The Reconstruction of Self Following Acquired Brain Injury. *Qualitative Health Research*, 21(1), 62-74.
- Jonas, K., Stroebe, W. & Hewstone, M. (2014). *Sozialpsychologie* (6., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Yivisaker, M., McPherson, K., Kayes, N. & Pellett, E. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 18(5-6), 713-741.
- Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: theory and application* (4th ed). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2015). *COPM: Canadian Occupational Performance Measure* (5. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Jetten, J., Haslam, C. & Haslam, S. A. (2012). *The social cure: identity, health and well-being*. Hove: Psychology Press.

Abbildung 4. Soziale Identität bei Schädelhirntrauma - Handlungsempfehlungen für die Ergotherapie.

Es wird dabei deutlich, dass die Ergotherapie in einer geeigneten Position ist, um über die Betätigung auf das Zusammenspiel zwischen der Person und ihrem sozialen Umfeld einzuwirken und das Erleben der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Dabei kann sie ihren spezifischen Fokus auf die Betätigung einsetzen, um einen einzigartigen Zugang zur Thematik zu schaffen. Erfahrungen von Veränderungen der Sozialen Identität innerhalb einer Betätigung ermöglichen, diese direkt zu erleben, und schaffen damit eine Referenz für das gesamte Selbst. Betätigungsbasierte Ziele ermöglichen Veränderungsprozesse der Sozialen Identität konkret und klientenzentriert zu unterstützen.

5.2 Limitationen

Trotz einer sorgfältigen Datenbankrecherche kann nicht garantiert werden, dass alle relevanten Studien für die Beantwortung der Fragestellung einbezogen wurden, insbesondere solche, die nicht im Volltext verfügbar waren.

Das Konstrukt der Sozialen Identität ist sehr komplex und wird unterschiedlich definiert. Die Autorinnen haben spezifische Definitionen beigezogen, was ihr Verständnis des Begriffs und der Inhalte geprägt und möglicherweise eingeschränkt hat. Für die Interpretation der Studienergebnisse und die Beantwortung der Fragestellung besteht deshalb kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Ein Einschlusskriterium bei der Studiensuche war, dass der Begriff der Sozialen Identität in den Studien enthalten sein muss. Die Hauptstudien konnten trotzdem nicht zur direkten Beantwortung der Fragestellung genutzt werden, weil die Soziale Identität nicht Hauptfokus dieser Studien war. Es ist möglich, dass es noch weitere relevante Studien zur Thematik gibt, welche das Konstrukt nicht als Soziale Identität benannt haben und daher ausgeschlossen wurden.

Zum Thema der Fragestellung konnte keine ergotherapeutische Literatur gefunden werden. Daher war der Praxis-Transfer anhand der Enablement Skills, trotz empirischer Verankerung, durch Subjektivität und Interpretation geleitet.

Um die Studien trotz unterschiedlichen Begriffsverwendungen vergleichen zu können, wurde ein System einheitlicher Begriffe festgelegt. Dabei kam es möglicherweise zu Fehlinterpretationen und Verzerrungen der Ergebnisse der Hauptstudien.

Bei der Übersetzung der englischen Begriffe aus den Studien könnte es zu Übersetzungsfehlern gekommen sein.

Trotz Einschlusskriterien hinsichtlich der westlichen Kultur, kann eine vollständige Übertragbarkeit der Ergebnisse der Hauptstudien auf die Schweiz nicht gewährleistet werden.

Bei allen Hauptstudien handelt es sich um eher kleine Stichproben und eine Generalisierung ist somit nicht zulässig.

Bei allen Hauptstudien nahmen die Probanden freiwillig teil. Diese waren daher möglicherweise eher gewillt zu kommunizieren und waren sich der Veränderungen bezüglich Sozialer Identität bewusster als andere Betroffene. Da es sich bei den qualitativen Studien stark um kontextspezifische Forschung handelt, sind die Ergebnisse und Antworten auf die Fragestellung nicht für verschiedene sozio-kulturelle Settings und verschiedene SHT-Populationen generalisierbar.

5.3 Offene und weiterführende Fragen

Es wäre interessant das Thema der Fragestellung aus ergotherapeutischer Perspektive genauer zu untersuchen, inwiefern die hergeleiteten Handlungsempfehlungen in der Praxis angewendet werden. Dabei könnte mit dem Fokus der Implikationen spezifischer nach Interventionen gesucht und diese evaluiert werden. Das Konstrukt der Sozialen Identität wurde bei dieser Arbeit eher aus einer sozial-kognitiven Perspektive betrachtet. Durch einen systemischen Blickwinkel auf die Soziale Identität könnte das Thema der Fragestellung noch umfassender beleuchtet werden. Um die Sichtweise der Betroffenen besser zu repräsentieren, könnte man für die Beantwortung der Fragestellung den Schwerpunkt auf spezifische SHT-Populationen setzen. Der Fokus kann dabei bei unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, Frauen, Männern, ambulantem oder stationärem Setting, liegen.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3. Auflg.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1–48. doi:10.5014/ajot .2014 .68
- Amiot, C. E., de la Sablonnière, R., Terry, D. J. & Smith, J. R. (2007). Integration of Social Identities in the Self: Toward a Cognitive-Developmental Model. *Personality and Social Psychology Review*, 11(4), 364–388. doi:10.1177/1088868307304091
- Bell, S. (2002). Transition Modells. In K. Sladyk (Hrsg.), *The Successful Occupational Therapy Fieldwork Student* (S. 143–152). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Brown, A. W., Moessner, A. M., Mandrekar, J., Diehl, N. N., Leibson, C. L. & Malec, J. F. (2011). A Survey of Very-Long-Term Outcomes after Traumatic Brain Injury among Members of a Population-Based Incident Cohort. *Journal of Neurotrauma*, 28(2), 167–176. doi:0.1089/neu.2010.1400
- Christiansen, C. (1999). Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 547–558. doi:10.5014/ajot.53.6.547
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nursing*, 12(4), 99–101. doi:10.1136/ebn.12.4.99-b
- Douglas, J. M. (2012). Social linkage, self-concept and well-being after severe traumatic brain injury. In J. Jetten, C. Haslam & S. A. Haslam (Hrsg.), *The social cure: identity, health and well-being* (S.237-253). Hove: Psychology Press.
- Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz. (2011). Berufskodex. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ethik/Berufskodex_DE.pdf
- Firsching, R. & Ferbert, A. (2008). *Traumatische Schädigungen des Nervensystems*. T. Brandt, R. Hohlfeld, J. Noth & H. Reichmann (Hrsg.). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- Flick, U., Kardorff, E. & Steinke, I. (2010). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Forslund, M. V., Roe, C., Sigurdardottir, S. & Andelic, N. (2013). Predicting health-related quality of life 2 years after moderate-to-severe traumatic brain injury. *Acta Neurologica Scandinavica*, 128(4), 220–227. doi:10.1111/ane.12130
- Fragile Suisse. (2012). *Hirnverletzung - eine Familienangelegenheit. Begleitheft für Angehörige* (2. Aufl.). Zürich: Eicher, E., Ryffel, M., Schümperli, R., Tamagni, M., Ziegler, P. & Brauchli, A. Heruntergeladen von https://issuu.com/fragilesuisse/docs/fra_begleitheft_gzd1
- Freeman, A., Adams, M. & Ashworth, F. (2015). An exploration of the experience of self in the social world for men following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(2), 189–215. doi:10.1080/09602011.2014.917686
- Gelech, J. M. & Desjardins, M. (2011). I am Many: The Reconstruction of Self Following Acquired Brain Injury. *Qualitative Health Research*, 21(1), 62–74. doi:10.1177/1049732310377454
- Gendreau, A. & de la Sablonnière, R. (2014). The cognitive process of identity reconstruction after the onset of a neurological disability. *Disability and Rehabilitation*, 36(19), 1608–1617. doi:10.3109/09638288.2013.859749
- Gracey, F. & Ownsworth, T. (2012). The experience of self in the world: The personal and social contexts of identity change after brain injury. In J. Jetten, C. Haslam & S. A. Haslam (Hrsg.), *The social cure: identity, health and well-being* (S. 273-297). Hove: Psychology Press.
- Gracey, F., Palmer, S., Rous, B., Psaila, K., Shaw, K., O'Dell, J., Cope, J. & Mohamed, S. (2008). "Feeling part of things": Personal construction of self after brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5–6), 627–650. doi:10.1080/09602010802041238
- Greenberg, M. S. (2013). Schädel-Hirn-Trauma. In H. Mattle & M. Mumenthaler (Hrsg.), *Neurologie* (S.38-43). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Gunti, P. (2014). Gehirn in Gefahr: Das Schädelhirntrauma. Heruntergeladen von <https://www.myhandicap.ch/gesundheit/koerperliche-behinderung/schaedel-hirn-trauma/>
- Haslam, C., Holme, A., Haslam, S. A., Iyer, A., Jetten, J. & Williams, W. H. (2008). Maintaining group memberships: Social identity continuity predicts well-being after stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5–6), 671–691. doi:10.1080/09602010701643449
- Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T. & Haslam, C. (2009). Social Identity, Health and Well-Being: An Emerging Agenda for Applied Psychology. *Applied Psychology*, 58(1), 1–23. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x
- Iyer, A., Jetten, J. & Tsivrikos, D. (2008). Torn between Identities - Predictors of Adjustment to Identity Change. In F. Sani (Hrsg.), *Self Continuity: Individual and Collective Perspectives* (4. Auflg., S.187-195). New York: Psychology Press.
- Jetten, J., Haslam, C. & Haslam, S. A. (2012). *The social cure: identity, health and well-being*. Hove: Psychology Press.
- Jetten, J., Haslam, S. A., Iyer, A. & Haslam, C. (2010). Turning to Others in Times of Change: Social Identity and Coping with Stress. In S. Stürmer & M. Snyder (Hrsg.), *The Psychology of Prosocial Behavior: Group Processes, Intergroup Relations, and Helping* (S. 139–156). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Jetten, J. & Pachana, N. A. (2012). Not wanting to grow old: A Social Identity Model of Identity Change (SIMIC) analysis of driving cessation among older adults. In J. Jetten, C. Haslam & S. A. Haslam (Hrsg.), *The social cure: identity, health and well-being* (S. 97-114). Hove: Psychology Press.
- Jobson, L. (2009). Drawing current posttraumatic stress disorder models into the cultural sphere: The development of the 'threat to the conceptual self' model. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 368–381. doi:10.1016/j.cpr.2009.03.002
- Jonas, K., Stroebe, W. & Hewstone, M. (2014). *Sozialpsychologie* (6., vollständig überarbeitete Auflg). Berlin: Springer.

- Jones, J. M., Jetten, J., Haslam, S. A. & Williams, W. H. (2012). Deciding to disclose: The importance of maintaining social relationships for well-being after acquired brain injury. In J. Jetten, C. Haslam & S. A. Haslam (Hrsg.), *The social cure: identity, health and well-being* (S. 255-272). Hove: Psychology Press.
- Juengst, S., Arenth, P., Raina, K., McCue, M. & Skidmore, E. (2014). Affective State and Community Integration After Traumatic Brain Injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93, 1086–1094. doi:10.1097/PHM.000000000000163
- Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: theory and application* (4. Auflg.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Forsyth, K., Suman, M., Kramer, J., Nakamura-Thomas, H., Yamada, T., Cordeiro, J. R., Keponen, R., Pan, A. W. & Henry, A. (2008). Self-Reports: Eliciting Clients Perspectives. In G. Kielhofner (Hrsg.), *Model Of Human Occupation* (4. Auflg., S. 237–261). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Klinger, L. (2005). Occupational Adaptation: Perspectives of People with Traumatic Brain Injury. *Journal of Occupational Science*, 12(1), 9–16. doi:10.1080/14427591.2005.9686543
- Krieger, B. (2012). Was tun Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen? *Ergotherapie*, 8, 15–17.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2015). *COPM. Canadian Occupational Performance Measure* (5. Auflg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Martin, R., Levack, W. M. M. & Sinnott, K. A. (2015). Life goals and social identity in people with severe acquired brain injury: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 37(14), 1234–1241. doi:10.3109/09638288.2014.961653
- Muenchberger, H., Kendall, E. & Neal, R. (2008). Identity transition following traumatic brain injury: A dynamic process of contraction, expansion and tentative balance. *Brain Injury*, 22, 979–992. doi:10.1080/02699050802530532

- Piek, J. (2005). Schädel-Hirn-Trauma – Einteilung und Klassifikation. In C.-W. Wallesch, A. Unterberg & V. Dietz (Hrsg.), *Neurotraumatologie* (1. Aufl., S.34-38). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Shorland, J. & Douglas, J. M. (2010). Understanding the role of communication in maintaining and forming friendships following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 24(4), 569–580. doi:10.3109/02699051003610441
- Strandberg, T. (2009). Adults with Acquired Traumatic Brain Injury: Experiences of a Changeover Process and Consequences in Everyday Life (Master`s thesis). *Social Work in Health Care*, 48(3), 276–297. doi:10.1080/00981380802599240
- Townsend, E. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice trough occupation* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Walsh, R. S., Muldoon, O. T., Gallagher, S. & Fortune, D. G. (2015). Affiliative and ‘self-as-doer’ identities: Relationships between social identity, social support, and emotional status amongst survivors of acquired brain injury (ABI). *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(4), 555–573. doi:10.1080/09602011.2014.993658
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2012). Definition of Occupational Therapy. Heruntergeladen von <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
- Ylvisaker, M., Mcpherson, K., Kayes, N. & Pellett, E. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 18(5–6), 713–741. doi:10.1080/09602010802201832

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Zusammenhänge zwischen Betätigung, sozialer Kontext und Person	8
Abbildung 2	Das Selbst	11
Abbildung 3	Selektionsprozess der Hauptstudien während der Literaturrecherche von Dezember 2017 bis März 2018	24
Abbildung 4	Soziale Identität bei Schädelhirntrauma - Handlungsempfehlungen für die Ergotherapie	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Die zehn Enablement Skills des CMCE	18-19
Tabelle 2	Suchbegriffe.....	20-21
Tabelle 3	Einschlusskriterien.....	22
Tabelle 4	Suchschritte zu den eingeschlossenen Hauptstudien	25
Tabelle 5	Übertrag der verwendeten Begrifflichkeiten aus den Hauptstudien in die vorliegende Arbeit	27
Tabelle 6	Übersicht der Hauptstudien	29
Tabelle 7	Hauptergebnisse der Studie Freeman, Adams und Ashworth (2015).....	30-31
Tabelle 8	Hauptergebnisse der Studie von Martin, Levack und Sinnott (2015)	35-37
Tabelle 9	Von Gelech und Desjardins (2011) identifizierte Themen und Unterthemen	40-41

Danksagung

Während des Schreibens unserer Bachelorarbeit erfuhren wir von verschiedenen Seiten tatkräftige Unterstützung.

Wir bedanken uns herzlich bei unserer Mentorin, Dietlinde Arbenz-Purt von der ZHAW. Sie ist uns für Fragen und Anliegen immer zur Seite gestanden und hat uns beim Verfassen der Arbeit mit konstruktiven Rückmeldungen und ermutigenden Worten begleitet.

Ein spezieller Dank geht an Marion Huber für die fachkundige Beratung zu thematischen Inhalten und die Methodenberatung. Sie unterstützte uns mit wertvollen Tipps und regte unsere Gedankengänge an.

Ein grosses Dankeschön geht an unserer Peerfeedbackgruppe, Nadja Waser und Sarah Bachmann, für das Gegenlesen von Texten und das konstruktive Feedback.

Des Weiteren danken wir Silvia Vogel und Angelika Bucher für die kritische Lektüre und die Korrekturen auf grammatikalischer und orthographischer Ebene.

Ganz besonders bedanken wir uns bei unserer Familie und allen wichtigen Personen in unserem Leben, welche uns während der gesamten Zeit unterstützt und begleitet haben. Sie standen uns mit viel Liebe, Verständnis und Geduld zu Seite.

Nicht vergessen wollen wir alle Mitstudierenden und Dozierenden, welche sich Zeit für Gespräche genommen haben und uns interessante, konstruktive und anregende Inputs für unsere Arbeit gegeben haben.

Wortzahl

Wortanzahl des Abstracts: 200 Wörter

Wortanzahl der Arbeit: 11'826 Wörter

(Die Wortanzahl der Arbeit ist exklusive Titelblatt, Abstract, Tabellen, Grafiken und deren Beschriftung, Verzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang gerechnet)

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Winterthur, 4. Mai 2018

Carolina Bühler

Evamaria Estermann

Anhänge

Für den Anhang ist wichtig anzumerken, dass hier nicht auf eine gendergerechte Sprache geachtet wurde. Weiter gelten hier auch nicht die vereinheitlichten Begriffe. Insbesondere im Anhang C wurden die Begriffe aus den Hauptstudien wortwörtlich übersetzt.

Anhang A - Ergänzungen zum theoretischen Hintergrund: Selbst und Identität

Auch hier sei nochmals betont, dass es verschiedenste Theorien rund um die Themen **Selbst**, **Identität** und **Soziale Identität** gibt. Die folgenden Ausführungen sollen die in der eigentlichen Arbeit bereits definierten Begriffe in umfassenderem Rahmen erläutern und dienen der Vertiefung der in der eigentlichen Arbeit (S. 7-68) präsentierten Ausführungen zum Thema. So sind in einigen Textabschnitte Wiederholungen zu aus der eigentlichen Arbeit (S. 7-68) zu finden.

Selbst und Identität

Als erstes ist zu erwähnen, dass in der vorliegenden Arbeit Selbst und Identität gemäss Christiansen (1999) unterschieden werden (vgl. S. 10/11). Nach Christiansen (1999) ist mit **Selbst** das direkte Gefühl gemeint, das wir über unsere Gedanken, Gefühle und Empfindungen haben. Dazu gehöre, dass uns unser Körper bewusst ist, dass wir uns fähig fühlen Entscheidungen zu treffen und Handlungen zu initiieren. Auch alle abstrakten und komplexen Ideen zum Selbst gehören dazu. **Identität** unterscheidet sich nach Christiansen (1999) davon, indem sie das Selbst, das wir kennen, darstellt. Gemeint sei damit, dass mit der Identität eine Definition für und über das Selbst geschaffen wird. Diese Definition setze sich zusammen aus zwischenmenschlichen Aspekten (Rollen, Beziehungen), dem Aspekt von Möglichkeiten und Potential (wer wir evtl. werden) und Aspekten von Werten (Grundlage für Entscheidungen) und werde durch eine Aushandlung mit anderen in der grösseren Gesellschaft gebildet. Identität sei jedoch nicht dem Selbst an sich gleichzusetzen. Die Autorinnen interpretieren, dass das Selbst noch weit mehr umfasst, als eine beschreibende Definition seiner selbst. Mit diesem Verständnis scheint **Identität** nach Christiansen (1999) der *Selbstkenntnis*, wie Jonas et al. (2014) sie

beschreiben, zu entsprechen. Weiter scheint auch des Selbst nach Christiansen (1999) mit den ausführlicheren Beschreibungen zum Selbst von Jonas et al. (2014) vereinbar. Bei beiden, Jonas et al. (2014) und Christiansen (1999), wird deutlich, wie wichtig die Interaktion mit der sozialen Umwelt für die Bildung unseres Selbst bzw. unserer Identität ist.

Bei der Vertiefung in der Literatur stellte sich heraus, dass nicht alle Forschenden eine Unterscheidung zwischen Identität und Selbst vornehmen. Dies als Ausschlusskriterium für einzubeziehende Literatur zu verwenden, hätte dazu geführt, die rare Literatur zum Thema noch weiter einzuschränken. So wurde entschieden die Begriffe Selbst und Identität auch in der eigentlichen Arbeit (S. 7-68) gleichzusetzen. Da das Selbst gemäss Christiansen (1999) mehr zu umfassen scheint und gewissermassen auch die Identität einschliesst, wurden in der eigentlichen Arbeit (S. 7-68) sowohl für das Selbst als auch für die Identität Begriffe und Definition von Selbst verwendet. Ausgenommen davon sind die Soziale Identität und die Persönliche Identität.

Jonas et al. (2014) bieten in ihren Ausführungen zum *Selbst* eine übersichtliche Denkstruktur, in der sich die Soziale Identität einordnen lässt. Mit bestem Wissen und Gewissen wurde diese Denkstruktur von Jonas et al. (2014) mit den Beschreibungen von Christiansen(1999) abgeglichen und zur Verdeutlichung die Abbildung A1 (S. 71) erstellt. Die Abbildung 2 (S. 11) aus der eigentlichen Arbeit (S. 7-68) ist eine leicht kondensierte Form. Sowohl die ausführlichere Abbildung A1 (S. 71) als auch die knappere Abbildung 2 (S. 11) dienen dazu, dem Text zu folgen zu können. Sie sind jedoch nicht in sich geschlossen. Die hierarchische Darstellung wird den Verbindungen und Interaktionen der Aspekte untereinander, sowie weiterer möglicher Unterteilungen nicht gerecht. Sie gibt lediglich eine Idee einer möglichen Einordnung der sozialen Identität ins Selbst. Hier im Anhang werden nun alle Punkte der Darstellung aufgegriffen.

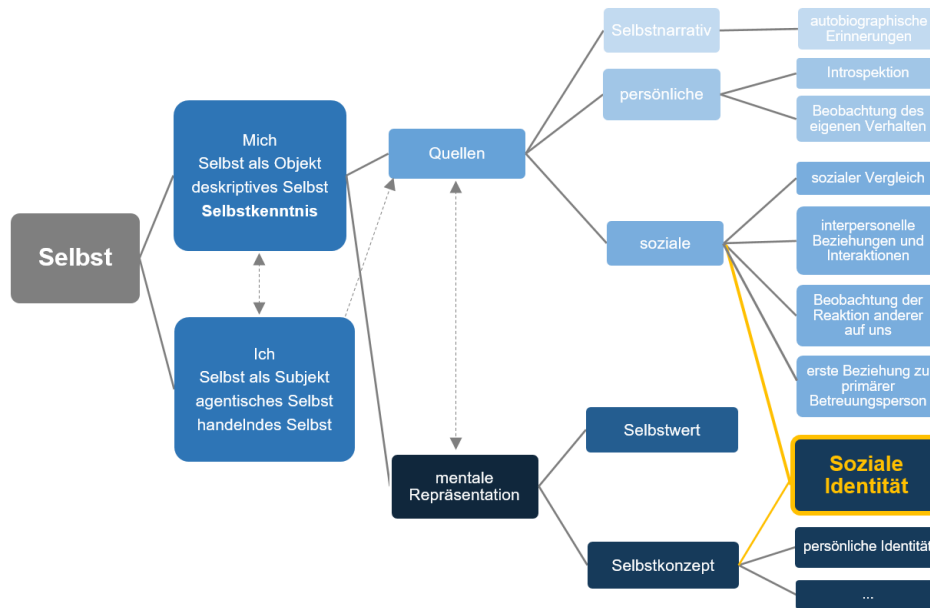


Abbildung A1. Das Selbst. In Anlehnung an „Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning,“ von C. H. Christiansen, 1999, *The American Journal of Occupational Therapy*, 53, S.547-558. Und *Sozialpsychologie* (S. 141-195) von K. Jonas, W. Stroebe und M. Hewstone, 2014, Berlin: Springer.

Im Folgenden wird eine Zusammenfassung gegeben, wie Jonas et al. (2014) das Selbst beschreiben. Mit Aussagen von Christiansen (1999) wird ergänzt.

Selbst als Subjekt und als Objekt

Jonas et al. (2014) heben in ihrer Beschreibung hervor, dass unser Selbst sozial konstruiert ist: Das **Selbst**, das wir ausdrücken und erleben ist variabel. Es besitzt in unterschiedlichen sozialen Kontexten, in unterschiedlichen Stimmungen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Aspekte. Es ist also vom sozialen Kontext beeinflusst. Mit unserem Verhalten präsentieren wir uns und beeinflussen damit zu einem gewissen Grad die Reaktion durch das Gegenüber auf dieses Verhalten. Diese Reaktion interpretieren wir aktiv und kreieren daraus ein Gefühl dafür, wer wir sind. Somit wird das Selbst in der Interaktion mit anderen durch einen aktiven sozialen Konstruktionsprozess, den wir selbst mitgestalten, geformt. (Jonas et al., 2014)

Das durch dieses „Handeln“ (verhalten und interpretieren) in der sozialen Welt entwickelte Selbst und seine diversen Ausdrucksformen bilden den **agentischen Aspekt** des Selbst, das „**Selbst als Subjekt**“ oder das „**Ich**“ (James, 1890, 1950, zit. nach Jonas et al., 2014). Dieser aktive Teil des Selbst, das **handelnde Selbst**, umfasst die Kraft, die wir haben, unsere Funktionsfähigkeit und unsere Lebensumstände zu formen.

Daneben gibt es auch noch das **deskriptive Selbst**, das „**Selbst als Objekt**“ oder das „**Mich**“ (James, 1890,1950, zit. nach Jonas et al., 2014). Es umfasst die Überzeugungen und Gefühle, die wir zu uns selbst haben. Diese elaborierte Wissens- und Gefühlsstruktur, die **Selbstkenntnis**, umfasst ein komplex organisiertes System von Überzeugungen, Werten, Gefühlen, Erwartungen und Zielen. Dieses System wird durch das handelnde Selbst gebildet und entwickelt sich stetig und dynamisch weiter. Gleichermassen beschränkt es aber auch diesen Konstruktionsprozess. (Jonas et al., 2014)

Aus den Beschreibungen von Jonas et al. (2014) schlussfolgern die Autorinnen zudem, dass wir ohne das handelnde Selbst zu keinen Erfahrungen kommen, die wir im deskriptiven Selbst und schlussendlich im Selbstkonzept integrieren können. Somit fungiert das handelnde Selbst als Grundlage der Quellen. Gleichzeitig bestimmt das deskriptive Selbst mit, wie eine Person handelt (vgl. Pfeile in Abbildung A1).

Explizite und implizite Selbstkenntnis

Die Selbstkenntnis kann sowohl explizit, als auch implizit sein. Explizite Selbstkenntnis bezieht sich auf die Teile unseres Selbst, die uns bewusst sind. Die implizite Selbstkenntnis sind Auffassungen über uns selbst, die ausserhalb unseres Bewusstseins liegen. (Jonas et al., 2014)

Persönliche, soziale Quellen (inkl. Soziale Identität) und Selbstnarrativ

Die Selbstkenntnis stammt einerseits aus **persönlichen**, andererseits aus **sozialen Quellen**.

Die **persönlichen Quellen** umfassen einerseits *Introspektion*, als den Prozess der eigenen Beobachtungen interner (emotionaler und mentaler) Zustände, während dem man sich verhält. Andererseits stellt auch der Rückschluss auf die inneren Zustände bzw. Einstellungen durch die *Beobachtung des eigenen Verhaltens* eine persönliche Quelle dar, wenn die beobachteten internen Zustände nicht eindeutig sind.

Zu den **sozialen Quellen** gehören:

- Die *erste Beziehung* im Leben, die *mit der primären Betreuungsperson*, schafft die Grundlage für ein positives oder negatives Selbstkonzept und entsprechenden Selbstwert (weiter unten definiert).

- Die reflektierte Einschätzung als Schlussfolgerungen hinsichtlich der Einschätzung anderer uns gegenüber, zu der wir gelangen, indem wir die *Reaktionen anderer Menschen auf uns beobachten*.
- *Sozialer Vergleich*, bei dem man sich selbst mit anderen vergleicht, um die eigenen Fähigkeiten und Meinungen einzuschätzen.
- Vergangene, aktuelle und neue *interpersonelle Beziehungen und Interaktionen* mit bedeutsamen Anderen haben auf verschiedene Arten (z.B. über unser Verhalten oder unsere Gefühle ihnen gegenüber) einen Einfluss darauf, wer wir sind.
- *Soziale Identität*: Soziale Gruppen, mit denen wir uns identifizieren, bieten die Grundlage um in der Gruppe geteilte Merkmale zur Definition der eigenen Person einzusetzen und um daraus Gefühle des Wertes abzuleiten. Sie bestimmen damit mit, wer wir sind.

Obwohl das Selbst sich je nach Kontext verändert und stark auf sozialen Beziehungen beruht, können wir das Selbst als kohärent und einheitlich erleben. Dies wird durch Mechanismen ermöglicht, an denen unsere privaten Gedanken und Gefühle und unser phänomenologischer Sinn für das Selbst (also das Selbst, das wir erleben) beteiligt sind: Wir weben **autobiographische Erinnerungen** an Ereignisse in unserem Leben und daran, wie wir sie erlebt haben, zu Lebensgeschichten zusammen. Diese Erzählungen über sich selbst und das eigene Leben, die **Selbstnarrative**, werden konstruiert, um den erlebten Ereignissen einen Sinn zu geben, um eigene Ziele zu integrieren, um Konflikten Sinn zu geben und um zu erklären, warum man sich im Laufe der Zeit verändert. Diese Mechanismen deuten nochmals darauf hin, dass es sich bei der Selbstkenntnis um eine Konstruktion handelt, die einerseits auf Selbstreflexion und andererseits auf subjektiven Erfahrungen mit dem Selbst gebildet werden. (Jonas et al., 2014)

Mentale Repräsentation: Selbstkonzept und Selbstwertgefühl

Die Entwicklung und die Ausdrucksformen des Selbst resp. der Selbstkenntnis finden meist im sozialen Bereich statt (Jonas et al., 2014). Das Rohmaterial dafür sei jedoch im Denken repräsentiert und organisiert. Zwei Arten dieser **repräsentierten Selbstkenntnis** seien das **Selbstkonzept** und das **Selbstwertgefühl**. Beide entstehen direkt oder indirekt aus den obengenannten Quellen. Das **Selbstkonzept** sei die kognitive Repräsentation unserer Selbstkenntnis. Es umfasse alle unsere Überzeugungen, die wir über uns selbst haben – eine Sammlung von Inhalten unserer Selbsterfahrungen inkl. charakteristische

Merkmale, Rollen, Werte, Ziele, Gefühle etc. (Jonas et al., 2014). Und somit gemäss den Autorinnen somit gemäss den Autorinnen auch die Soziale und Persönliche Identität. Das Selbstkonzept gibt unseren Erfahrungen Kohärenz und Bedeutung (Jonas et al., 2014). Bei den einzelnen Überzeugungen, durch die wir uns definieren, handle es sich um mentale Strukturen, die *Selbstschemata*. Sie helfen uns, die Verarbeitung selbstbezogener Informationen zu organisieren und anzuleiten. Nicht alle gespeicherten Selbstschemata seien jederzeit aktiv. In einer gegebenen Situation werde abhängig vom situativen Kontext und individueller Salienz/Relevanz/Wichtigsein lediglich eine Teilmenge aktiviert. Diese Teilmenge nenne man das *Arbeitsselfkonzept*. Es steuere unser Verhalten (inkl. Interpretation einer Situation). So werde unser Gefühl, wer wir sind, einschneidend von der momentanen Situation geprägt. Dieses Gefühl hat aber auch einen Einfluss auf die Interpretation der Situation (Jonas et al., 2014).

Neben dem *tatsächlichen Selbst*, dem Bild, das wir von uns selbst in der Gegenwart haben, umfasse das Selbstkonzept auch das *erwünschte Selbst*. Dieses setzt sich zusammen aus dem *möglichen Selbst*, das wir in Zukunft möglicherweise sind, dem *idealen Selbst*, welches man gerne sein würde und dem *Soll-Selbst*, das die Verpflichtungen enthält, die zu erfüllen wir selbst oder andere von uns erwarten (Jonas et al., 2014). Gemäss Christiansen (1999) sind erwachsene Menschen motiviert ein möglichst positives Bild von sich selbst, sowie eine gewisse Konsistenz dessen zu erreichen oder aufrecht zu erhalten. So versuchen sie Rückmeldungen zu vermeiden, die nicht mit ihrem Bild von sich selbst zusammenpassen. In dem Ausmass, in dem der Mensch Diskrepanzen erlebt zwischen dem *tatsächlich wahrgenommenen* und dem *idealen Selbst*, ist er auch motiviert sich zu verändern (Christiansen, 1999).

Das Selbstkonzept in seiner Vielseitigkeit, sowie Diskrepanzen zwischen dem *tatsächlichen Selbst* und dem *erwünschten Selbst (mögliches, ideales und Soll-Selbst)* beeinflussen unsere Bewertung und unser Empfinden des Selbst im Jetzt (Jonas et al., 2014). Das wiederum komme im **Selbstwertgefühl**, der Gesamtbewertung in Bezug auf uns selbst, zum Ausdruck. Das Selbstwertgefühl umfasse somit die Summe der Meinungen, die wir über uns selbst in verschiedenen Bereichen haben. Es beeinflusst jedoch gleichzeitig, wie wir uns in spezifischen Bereichen des Selbst auffassen (Jonas et al., 2014). Das Selbstwertgefühl steht auch in Verbindung mit unserer Fähigkeit, uns in wirksamen Aktionen darzustellen (Baumeister, 1982; Franks & Marolla, 1976 zit. nach

Christiansen, 1999). Dadurch erhalten wir soziale Anerkennung, was wiederum unser Selbstkonzept beeinflusst, welches seinerseits sich wieder auf das Selbstwertgefühl auswirkt.

Die Soziale Identität

Aus den Beschreibungen von Jonas et al. (2014) wird ersichtlich, dass die Soziale Identität Quelle für die Selbstkenntnis ist, die sich mental im Selbstkonzept und Selbstwertgefühl repräsentiert. Jonas et al. (2014) stützen sich in der Beschreibung der Sozialen Identität sowohl auf die „Social Identity Theory“ von Tajfel & Turner (1979, zit. nach Jonas et al., 2014) als auch auf die Weiterentwicklung dieser Theorie in Form der Selbstkategorisierungstheorie durch Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell (1987, zit. nach Jonas et al., 2014). Heute werden diese beiden Theorien zusammengenommen als den „Social Identity Approach“ (Jetten et al., 2012). Im Kontext dieser Theorien wird Soziale Identität beschrieben als „den Teil des Selbstkonzepts, der unserem Wissen über unsere Gruppenmitgliedschaft und dem Wert, der emotionalen und sozialen Bedeutung entspricht, die wir damit verbinden“ (Jonas et al., 2014, S. 530). Somit nehmen wir die sozialen Gruppen, mit denen wir uns identifizieren, in unser Selbstkonzept auf. Diese Sozialen Identitäten bestimmen mit, wer wir sind und wir leiten daraus Gefühle des Wertes ab. So liefern die oben genannten theoretischen Ansätze einen Rahmen, wie sich Menschen mit ihrem grösseren sozialen Netz verbinden und aus ihren Gruppenmitgliedschaften Selbstkenntnis und Sinn ableiten. Indem die Eigengruppe (zu der man sich zugehörig fühlt) positiv gegenüber einer Fremdgruppe bewertet wird, kann das Selbstwertgefühl der Gruppenmitglieder gehoben werden und vor Diskriminierung von aussen abschirmen. Dies erklärt möglicherweise, warum Menschen, die einer Gruppe mit geringem Status angehören trotzdem kein negatives Selbstkonzept oder geringes Selbstwertgefühl beschreiben. (Jonas et al., 2014)

Beispiele für Soziale Identitäten sind das soziale Geschlecht (Frau sein), die Nationalität (Schweizer sein), oder eher abstrakte Gruppenzugehörigkeiten, die sich an Merkmalen wie Selbstständigkeit (Selbstständige Person sein), Arbeitsverhältnis (Arbeitnehmer sein), Beeinträchtigung (Person mit Hirnverletzung sein) festmachen lassen.

Die Soziale Identität kann von der persönlichen Identität wie folgt unterschieden werden (Jonas et al., 2014): Die Persönliche Identität bezieht sich auf individuelle, charakterbezogene Selbstmerkmale, die das Individuum als einzigartigen Mensch und

somit auch von den Mitgliedern der Eigengruppe unterscheidbar definieren. Die Soziale Identität hingegen bezieht sich auf die gemeinsamen Merkmale der Mitglieder der Eigengruppe, die sie von Fremdgruppen unterscheiden und die zur Definition der eigenen Person genutzt werden. Je nach Situation beeinflusst entweder die Persönliche Identität unser Verhalten stärker oder aber die Soziale Identität ist vorherrschend. Gemäss den Autorinnen sind beide Formen im Selbstkonzept enthalten und beeinflussen somit auch das Selbstwertgefühl. Und beide können sowohl aus sozialen als auch aus persönlichen Quellen gewonnen werden.

Iyer et al. (2008) gehen, davon aus, dass jeder Mensch ein weites Netzwerk von untereinander verbundenen Sozialen Identitäten, die je eine Mitgliedschaft zu einer Gruppe repräsentieren, hat. Es handelt sich dabei um aktuelle, vergangene oder angestrebte zukünftige Gruppenmitgliedschaften (Iyer et al., 2008). Sie beeinflussen als gesamtes Netzwerk aus sozialen Identitäten, die Wahrnehmung, Gefühle und das Verhalten einer Person, sowie auch das Gefühl von Selbst-Kontinuität. (Iyer et al., 2008) Im Selbstkonzept repräsentiert als Selbstschemata, sind nicht alle Sozialen Identitäten einer Person immer aktiv (Iyer et al., 2008; Amiot et al. 2007). Ob bzw. welche Selbstschemata/Soziale Identitäten gerade aktiv sind, ist situationsabhängig (vgl. Arbeitsselbstkonzept beschrieben von Jonas et al., 2014). Die Autorinnen interpretieren: Sowohl die aktivierten Selbstschemata (Soziale Identitäten) als auch alle anderen aktuellen, vergangenen und zukünftig angestrebten sozialen Identitäten beeinflussen zusammen als gesamtes Netzwerk aus sozialen Identitäten (vgl. Iyer et al., 2008), die Wahrnehmung, Gefühle und das Verhalten einer Person, sowie auch das Gefühl von Selbst-Kontinuität. Aktivierte Soziale Identitäten beeinflussen jeweils in der bestimmten Situation einfach stärker als der Rest des gesamten, beteiligten Netzwerks.

Soziale Identitäten, die im Selbst *integriert* sind, sind untereinander verbunden, werden nicht mehr als fragmentiert wahrgenommen und tragen zur Kohärenz des Selbst bei (Amiot et al., 2007). Sie sind für das Selbstkonzept alle immer gleich wichtig (Amiot et al., 2007). Überlegungen der Autorinnen dazu sind: Dass eine Soziale Identität aktiviert ist, heisst noch nicht, dass sie auch im Selbst integriert ist. Das heisst, nicht alle aktivierten sozialen Identitäten sind für das Selbst gleich wichtig, insbesondere wenn sie noch nicht integriert sind. Gleichermassen heisst eine aktivierte Soziale Identität auch nicht, dass sich die Person mit ihr identifiziert. Insbesondere wenn sie noch nicht integriert ist, ist das

vermutlich nicht der Fall. Weiter heisst es nicht, dass wenn eine Soziale Identität integriert ist, dass sie auch in der Situation aktiviert ist.

Als Selbstschemata können sich Soziale Identitäten auch längerfristig strukturell, immer wieder verändern und entwickeln (Amiot et al., 2007).

Anhang B - Ergänzungen zum theoretischen Hintergrund: SIMIC und CDMSII

SIMIC (Social Identity Model of Identity Change)

Iyer et al. (2008) gehen grundlegend für das SIMIC, davon aus, dass jeder Mensch ein weites Netzwerk von untereinander verbundenen Sozialen Identitäten hat, die je eine Mitgliedschaft zu einer Gruppe repräsentieren. Es handle sich dabei um aktuelle, vergangene oder angestrebte zukünftige Gruppenmitgliedschaften. Das gesamte Netzwerk dieser Sozialen Identitäten beeinflusse die Wahrnehmung, die Gefühle und das Verhalten einer Person, sowie auch das Gefühl von Selbst-Kontinuität. Der Einfluss des Netzwerks der Sozialen Identitäten werde insbesondere sichtbar während Lebenstransitionen, in denen vergangene, aktuelle und zukünftige Gruppenmitgliedschaften hervortreten und es zu Veränderungen in den Gruppenmitgliedschaften, somit auch in den Sozialen Identitäten und im ganzen Selbst, kommt. Solche Veränderungen beeinflussen auch die wahrgenommene Kontinuität im Selbst. Bei grossen Veränderungen werde die wahrgenommene Kontinuität stärker beeinträchtigt und es falle der Person schwerer die Veränderungen zu akzeptieren. Entsprechende Unsicherheit ist verständlich. Die Veränderungen erfordern Anpassungen von Seiten des Individuums (Iyer et al., 2008). Die Betroffenen müssen beginnen, sich als Mitglied von neuen Gruppen zu kategorisieren. Das Annehmen von neuen Gruppenmitgliedschaften und somit von neuen Sozialen Identitäten verlaufe nicht immer gleich und sei massgeblich vom Netzwerk der existierenden Sozialen Identitäten abhängig. Denn dieses Netzwerk sei die Grundlage, auf der wir neue Soziale Identitäten bilden. Es beeinflusse und begrenze, wo und welche neuen Sozialen Identitäten gebildet werden können, und forme mit, wie sich diese entwickeln und verändern. Damit sei gemeint, dass neue Soziale Identitäten sich oft in irgendeiner Form, wie z.B. durch Ausweitung oder Umformung bereits existierender Sozialer Identitäten bilden. Das Netzwerk der bestehenden Sozialen Identitäten bestimme mit, wie einfach und umfassend neue Gruppenmitgliedschaften und Soziale Identitäten angenommen werden können. Neben den Eigenschaften der bereits existierenden, „alten“ Gruppen seien auch die Eigenschaften der neuen Gruppen sowie ihre Interaktion untereinander entscheidend, ob eine Person eine neue Soziale Identität annehmen könne. Iyer et al. (2008) und Jetten et al. (2010) nennen hier besonders zwei Faktoren als bedeutend: Die Komposition bestehender Identitätsnetzwerke und deren Kompatibilität mit neuen Sozialen Identitäten.

Unter *Komposition* ist die Komplexität des Netzwerks, die Anzahl der bestehenden Sozialen Identitäten und deren Eigenschaften zu verstehen. Iyer et al. (2008) beschreiben: Je mehr Gruppenmitgliedschaften, umso grösser und möglicherweise komplexer ist die Struktur des Identitätsnetzwerks. Ein grosses Netzwerk aus Sozialen Identitäten diene bei Veränderungen des Selbst als „Puffer“ gegen negative Konsequenzen für die mentale Gesundheit (z.B. Stress) und ermöglicht eine grössere existentielle Sicherheit während Lebenstransitionen. Dieser Puffereffekt kann sich auf verschiedene Arten zeigen:

- Das hängt auch damit zusammen, dass mehrere Gruppenzugehörigkeiten das Gefühl von Kontinuität im Selbst erhöhen (Jetten et al., 2010). Insbesondere wenn eine dieser Gruppenzugehörigkeiten in Folge einer Transition verändert werde oder verloren gehe, so seien da dennoch viele andere Soziale Identitäten, die dem Selbst kontinuierlich erhalten bleiben. Das hat sich zum Beispiel in einer Studie mit Menschen nach Schlaganfall bestätigt: Mehr soziale Gruppen vor dem Schlaganfall erhöhten die Chance gewisse Gruppen auch nach dem Schlaganfall aufrecht zu erhalten, was schlussendlich in höheres Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit resultierte (Haslam et al., 2008).
- Mehr Soziale Identitäten zu haben bedeutet auch mehreren Gruppen zuzugehören. Die Gruppenmitglieder dieser Gruppen können konkrete emotionale und/oder instrumentelle Unterstützung bieten (Iyer et al., 2008). Je grösser das Netzwerk, umso grösser der Zugang zu solchen Formen von Unterstützung. Spezielle Unterstützung bieten bestehende, übergeordnete Sozialen Identitäten (Jetten et al., 2010). Sie bleiben auch bei Verlust von ihr untergeordneten Sozialen Identitäten bestehen. So z.B. kann die Identität eine Arbeitskraft zu sein nach wie vor bestehen bleiben, auch wenn die Identität als bezahlter Arbeiter verloren gegangen ist, die Identität als freiwilliger Arbeiter aber bestehen bleibt. Je stärker die Identifikation mit dieser übergeordneten Sozialen Identität ist, umso sicherer sei sich die von Veränderungen betroffene Person hinsichtlich der Unterstützung, die diese Identität bietet. Auch ist sie entsprechend offener gegenüber Veränderungen (Jetten et al., 2010).
- Soziale Identitäten bieten auch spezifisches Wissen und Möglichkeiten und damit psychologische und materielle Ressourcen, auf die sich die Person in schwierigen Zeiten stützen kann (Iyer et al., 2008). Gemäss den Autorinnen heisst das: Je mehr Soziale Identitäten, umso breiter ist die Grundlage, auf der neue Soziale Identitäten

aufgebaut und angeknüpft werden können und umso mehr „Identitätsmaterial“ ist vorhanden um daraus neue Soziale Identitäten zu entwickeln.

Weiter ist nach Jetten et al. (2010) auch die Zentralität und Exklusivität einer Sozialen Identität für das Selbst im Vergleich zu den anderen im Netzwerk massgebend im Umgang mit Veränderungen des Selbst. Je zentraler (= bedeutungsvoller) und je exklusiver, eine Soziale Identität in der Definition des eigenen Selbst ist, umso einschneidender sei ihre Veränderung oder ihr Verlust für den Betroffenen. Wie zentral bzw. wie exklusiv eine Soziale Identität ist, sei abhängig von der Anzahl weiterer Sozialen Identitäten und davon, wie viel Raum sie im Vergleich zu den anderen einnimmt. So sei es weniger schlimm durch die Veränderung eine Soziale Identität von vielen bzw. eine weniger bedeutungsvolle und weniger Raum einnehmende Soziale Identität zu verlieren oder zu verändern, als wenn man eine von nur wenigen, sehr bedeutungsvollen und beanspruchenden Identitäten verliert.

Die *Kompatibilität* neuer und bestehender Sozialen Identitäten beeinflusst sowohl den Willen und die Möglichkeit neue Soziale Identitäten anzunehmen, als auch das Ausmass, in dem die Annahme neuer Sozialer Identitäten die Kontinuität im Selbst beeinflussen. Iyer et al. (2008) und Jetten et al. (2010) nennen drei Arten, wie sich Nicht-Kompatibilität äussert:

- Spezifische Kriterien (Werte, Normen, Sitten, Gesetze) der neuen Sozialen Identität sind nicht mit denen der „alten“ Sozialen Identität vereinbar. Ein mögliches Beispiel formuliert durch die Autorinnen: Die Norm als Mutter für die eigenen Kinder kochen zu können, ist nicht vereinbar mit der Norm als Frau mit Hirnverletzung und Tetraplegie, die Versorgung durch Drittpersonen zu akzeptieren.
- Die „alte“ Identität kann im veränderten Kontext der neuen Sozialen Identität nicht mehr ausgedrückt werden bzw. passt nicht in den neuen Kontext. Ein mögliches Beispiel formuliert durch die Autorinnen: Die frühere Rolle als Mann und Versorger, den Unterhalt für die Familie zu verdienen, kann im Kontext des 24h-Pflegeheims, wo der Mannes mit Hirnverletzung lebt, nicht mehr erfüllt werden.
- Das soziale Netzwerk von vor der Veränderung stimmt nicht mit der neuen Sozialen Identität überein. Ein mögliches Beispiel formuliert durch die Autorinnen: Die Freunde des Veloclubs haben keine Zeit und Geduld mit dem jungen Mann, nach Hirnverletzung, spazieren statt biken zu gehen.

Inkompatibilität zwischen einer neuen und einer „alten“ Sozialen Identität erschwert die Anpassung an Veränderungen im Selbst (Iyer et al., 2008). Sie führt zu Spannungen zwischen den sozialen Netzwerken, die eigentlich nötig wären, um beim Anpassungsprozess zu unterstützen (Jetten et al., 2010). „Alte“ Identitäten verlieren ihre Pufferwirkung und können nicht mehr die Unterstützung bieten, die notwendig wäre, um negativen Effekten des Stresses, der durch die Veränderung per se sowie durch die Spannungen der Inkompatibilität entsteht, entgegenzuwirken. Weiter besteht die Gefahr, dass sich, wenn die neue Soziale Identität trotz Inkompatibilität mit der „alten“ angenommen wird, die wahrgenommene Selbst-Kontinuität reduziert wird und dies negative Auswirkungen auf das psychologische Wohlbefinden hat (Iyer et al., 2008). Unter diesen Umständen ist verständlich, wenn ein Mensch wenig gewillt ist, eine inkompatible neue Soziale Identität anzunehmen - nicht zuletzt weil ein Mensch stets motiviert ist seine Selbst-Kontinuität zu erhalten (Iyer et al., 2008). Es gibt jedoch durchaus Fälle, in denen der Mensch eine inkompatible neue Soziale Identität annehmen muss oder gar will. Ist er dann nicht fähig, die Anforderungen an die neue Soziale Identität zu erfüllen oder wird seine Gruppenmitgliedschaft innerhalb der Gruppe oder von Aussenstehenden nicht akzeptiert, kann das eine weitere Hürde sein (Iyer et al., 2008). Diese könne sogar auftreten, wenn die neue und die „alte“ Soziale Identität eigentlich kompatibel wären und die „alte“ in die neue integriert werden könnte. Die Autorinnen interpretieren, dass in allen Fällen Folgendes begünstigt wird: Das Ablehnen der neuen Sozialen Identität, sowie das Aufrechterhalten der „alten“, im neuen Kontext möglicherweise unpassenden Identität (Iyer et al., 2008). Für die Autorinnen scheint das die Lösung der Probleme, jedoch nur kurzfristig: Erhalten der Selbst-Kontinuität, Inkompatibilität und Ablehnung der Gruppenzugehörigkeit durch die Gruppe oder Aussenstehenden ausweichen, „altes“ Netzwerk Sozialer Identitäten erhalten und damit auch die wichtigste Quelle sozialer Unterstützung. Längerfristig sehen die Autorinnen dies jedoch nicht als sinnvoll. Denn die Gefahr besteht, dass die betroffene Person Herausforderungen ausweicht, in der Vergangenheit lebt und nicht mehr teilhat (Jetten et al., 2010). Damit verliert sie auch den Zugang zu all dem Positiven, das sich aus einer Gruppenmitgliedschaft ergibt: Das Gefühl von Dazugehören und die Identifikation mit einer Gruppe und ihren Merkmalen bieten eine gemeinsame Perspektive hinsichtlich sozialer Realität, Motivation, Ziele und ermöglichen einen Sinn in der Welt zu sehen und dem Leben Bedeutung zu geben (Iyer et al., 2008). Die Gruppe und ihre Merkmale fungieren als Anker, geben Stabilität in Transitionen, ein

Gefühl von Sicherheit und beeinflussen längerfristig das Wohlbefinden positiv. Nicht zu vergessen ist laut den Autorinnen die soziale Unterstützung und Teilhabe, die eine Gruppe bieten und ermöglichen kann. Durch das Annehmen der neuen Sozialen Identität wird die Person erst fähig auf ihr Umfeld adäquat reagieren und mit den Anforderungen, die das Umfeld stellt, besser umgehen zu können (Jetten et al., 2010). Weiter beeinflusst die Identifikation mit alten und neuen Sozialen Identitäten und Rollen massgeblich, welchen Einfluss der Stress, der durch z.B. eine Lebenstransition wie SHT ausgelöst werden kann, auf das Selbst hat. Durch das Annehmen einer neuen Sozialen Identität könne Stress gemindert werden.

Ist die neue Soziale Identität mit den bestehenden kompatibel, so wird sie bedeutend einfacher angenommen (Iyer et al., 2008). Obwohl es auch hier schlussendlich noch auf die Akzeptanz der Gruppenmitgliedschaft durch die Gruppe selbst sowie durch Aussenstehende ankommt, ob das denn auch wirklich gelingt. Kompatibel meint, dass die Identifikation mit der neuen Gruppe nicht erfordert, eine bestehende Gruppenmitgliedschaft aufzugeben, dass die neue Gruppenmitgliedschaft ins Netzwerk der bestehenden Sozialen Identitäten integriert wird und/oder wenn „alte“ und neue Soziale Identitäten abgeglichen werden (Iyer et al., 2008). Kompatible Soziale Identitäten können entweder unabhängig voneinander (Iyer et al., 2008) und nebeneinander im neuen Kontext (Jetten et al., 2010) existieren, oder es findet sich eine gemeinsame übergeordnete Kategorie für die neue und die „alte“ Soziale Identität (Iyer et al., 2008). So einige von den Autorinnen angefügte Beispiele: Wenn jemand am Arbeitsplatz das Team und Funktion wechselt nach Hirnverletzung, so bleibt er doch Angestellter der gleichen Firma. Oder wenn eine Mutter zwar nicht mehr für ihre Kinder kochen kann, jedoch mit ihnen gemeinsam in einer Kantine, bei der Oma, bei der Nachbarin oder in einem Restaurant essen geht. Werden kompatible neue Soziale Identitäten angenommen, so kann die Selbst-Kontinuität unterstützt werden, es entsteht kein Stress durch Konflikt zwischen dem bestehenden Netzwerk Sozialer Identitäten und der neuen Gruppenmitgliedschaft (Iyer et al., 2008). Auch wenn die Lebensveränderung und damit verbundenen Anpassungen im Selbst per se zu Stress und reduziertem Wohlbefinden führen, so ist bei Annahme kompatibler neuer Sozialer Identitäten das Wohlbefinden weniger beeinträchtigt als bei Annahme inkompatibler neuer Sozialer Identitäten (Iyer et al., 2008). Jedoch kann es scheinbar auch bei Annahme inkompatibler neuer Sozialer Identitäten trotz beeinträchtigter Selbst-Kontinuität und Spannungen durch Inkompatibilität

zu einem tragbaren Ergebnis kommen. In diesen Fällen stellt die neue Gruppenmitgliedschaft die wichtigste Ressource dar in der Bewältigung von belastenden Veränderungen und Herausforderungen bezüglich dem Selbst und seiner Kontinuität (Iyer et al., 2008). Sie bietet soziale Unterstützung, Stabilität und Sicherheit. Weiter kann mithilfe von gemässigter Nostalgie die alte Identität losgelassen werden und trotzdem eine Verbindung zwischen neuer und alter Identität geschaffen werden (Iyer et al., 2008).

CDSMII (Cognitive-Developmental Model of Social Identity Integration)

Dieses Modell kombiniert verschiedene Theorien aus der Psychologie und nutzt diese als Grundlage und Hintergrund: Sozial-kognitiver Blickwinkel, „Social Identity Theory“ von (Tajfel 1981, zit. nach Amiot et al., 2007), Selbstkategorisierungstheorie durch Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell (1987 zit. nach Amiot et al., 2007), neuere Intergruppen Theorien (Hornsey & Hogg, 2000, zit. nach Amiot et al., 2007; Mummendey & Wenzel; 1999, zit. nach Amiot et al., 2007; Roccas & Brewer, 2002, zit. nach Amiot et al., 2007), „neo-Piagetian developmental approach“. Damit eine Soziale Identität ins Selbst integriert wird, ist es wichtig, dass sie sich sowohl von anderen, bereits integrierten Sozialen Identitäten unterscheidet, jedoch gleichzeitig mit ihnen verbunden ist (Amiot et al., 2007). Das Selbst setzt sich zusammen aus hierarchischen, miteinander verbundenen Komponenten, wozu auch die Sozialen Identitäten gehören. Diese können sich überlappen. Je mehr sie überlappen, umso einfacher können sie kognitiv verbunden werden. Über diese kognitiven Verbindungen können die Sozialen Identitäten im Selbst koordiniert werden. Eine grosse Überlappung einer neuen Sozialen Identität mit einer bestehenden erleichtert deren Integration ins Selbst. Auch durch übergeordnete Identifikationen können die Sozialen Identitäten als Komponenten des Selbst miteinander verbunden werden. Eine der neuen und alten Sozialen Identität gleichermaßen übergeordnete Soziale Identität kann besser ins Selbst integriert werden, als die neue Soziale Identität.

Alle integrierten Sozialen Identitäten sind für das gesamte Selbst gleich wichtig (Amiot et al., 2007). Erst wenn eine Soziale Identität in keiner Form mehr bedroht ist, könne sie ins Selbst integriert werden. Umorganisationen im Selbst und Integration neuer Elemente ins Selbst, die nach wichtigen Lebensveränderungen oft notwendig sind, können sehr anstrengend sein und benötigen effektive Bewältigungsstrategien, wie Motivation und Eifer.

Die Desintegration einer Sozialen Identität könne über eine konsistente Deaktivierung und die Entfernung von Verbindungen zwischen den Sozialen Identitäten zustande kommen.

Die Integration von Sozialen Identitäten ins Selbst verläuft nach Amiot et al. (2007) in vier Stadien⁵: Antizipierte Kategorisierung, Kategorisierung, Bereichsbildung, Integration:

- Im Stadium der antizipierten Kategorisierung werden Charakteristiken des Selbst auf eine neue Gruppe projiziert, von der man annimmt, dass man durch eine erwartete Lebensveränderung, zukünftig ihr angehören wird. Der kognitive Prozess dahinter nennt sich Selbst-Verankerung. Man stellt sich dabei vor, welche eigenen persönlichen Eigenschaften man als Mitglied in der vorweggenommenen Gruppe anwenden kann. Sie dient dazu, gedanklich abzuklären, wie denn die neue Soziale Identität sein könnte.

Gendreau, de la Sablonnière (2013) schreiben, dass dieses erste Stadium der antizipierten Kategorisierung bei einem unerwarteten Ereignis und den darauf folgenden Veränderungen im Selbst, wie es bei einem SHT der Fall ist, nicht vorkommt.

- Im Stadium der Kategorisierung wird die betroffene Person durch eine Lebensveränderung direkt mit einer neuen Sozialen Identität konfrontiert (Amiot et al., 2007). Sie erkennt diese und Unterschiede zur ursprünglichen Sozialen Identität gewinnen an Bedeutung. Die eigenen sozialen Charakteristiken und Zugehörigkeitsgefühle zur ursprünglichen sozialen Gruppe werden verstärkt. Die Person erkennt zwar die andere Gruppe bzw. Soziale Identität, sieht es jedoch nicht als möglich Teil dieser Gruppe zu sein, da sich die eigene Soziale Identität zu stark von der anderen unterscheidet oder ihr gar komplett gegenübersteht. Beide erkannten Sozialen Identitäten, die ursprüngliche und die neue, haben in den Augen des Betroffenen einen „Alles-oder-Nichts“-Charakter. Es ist der Person nicht möglich beide Identitäten gleichzeitig im Selbst repräsentiert zu haben. Diese Phase ist insofern notwendig, da sie der betroffenen Person ermöglicht, kognitiv unterschiedliche Soziale Identitäten und deren Charakteristiken wahrzunehmen, sich selbst zu positionieren und die veränderte Lebenssituation einzuordnen. (Amiot et al., 2007)

⁵ Begriffe von Amiot et al. (2007) wurden frei vom Englischen ins Deutsche übersetzt.

- Dieses Stadium der Bereichsbildung soll erklären, wie mehrere Soziale Identitäten für das Selbstkonzept wichtig werden können: Die betroffene Person beginnt sich mit mehreren sozialen Gruppen zu identifizieren und realisiert, dass sie zu ihnen gehört. Mehrere Soziale Identitäten (inkl. die neue) werden teilweise gleichzeitig aktiviert⁶, haben Gemeinsamkeiten und überlappen sich. Dabei kommt es zu kognitiven Verbindungen zwischen ihnen. Sowohl die ursprüngliche als auch die neue Soziale Identität sind bzw. werden zu Teilen des Selbst. (Amiot et al., 2007) Die Autorinnen interpretieren: Die neue Soziale Identität wird zunehmend wichtig für das Selbstkonzept - wenn auch noch nicht gleich wichtig, wie die ursprüngliche, bereits ins Selbst integrierte Soziale Identität. Die neue Soziale Identität ist noch nicht im Selbst integriert. Gemäss Amiot et al. (2007) wird die neue Soziale Identität noch als eindeutig von der ursprünglichen Sozialen Identität getrennt und überdifferenziert wahrgenommen. So sehr, dass nicht einmal scheinbare Widersprüchlichkeiten zwischen den Sozialen Identitäten erkannt werden. Es kommt noch zu keinen Konflikten zwischen den beiden Sozialen Identitäten. Die notwendige kognitive Kontrolle über die Repräsentation im Selbst fehlt, so dass über beide Sozialen Identitäten nur als getrennte unterschiedliche Teile des Selbst nachgedacht werden kann. (Amiot et al., 2007)
- Zu diesem Zeitpunkt ist es noch stark vom Kontext abhängig, mit welcher Sozialen Identität sich die Person gerade identifiziert (Amiot et al., 2007). Die Autorinnen interpretieren: Denn für die Person ist es noch nicht möglich sich, dass sie sich mit den mehreren aktivierten Sozialen Identitäten gleichzeitig identifiziert, da sie sie noch als zu unterschiedlich und klar voneinander getrennt betrachtet und die neue Soziale Identität noch nicht integriert hat⁷.

⁶ Die Autorinnen überlegen: Dass eine Soziale Identität aktiviert ist, heisst noch nicht, dass sie auch im Selbst integriert ist. Das heisst, nicht alle aktivierten sozialen Identitäten sind für das Selbst gleich wichtig, insbesondere wenn sie noch nicht integriert sind. Es wird vermutet, dass aktivierte aber noch nicht integrierte Soziale Identitäten, wie sie im Stadium der Bereichsteilung vorkommen zwar bereits wichtig wurden und Teil des Selbst sind, aber noch nicht wirklich integriert und somit auch noch nicht gleich wichtig, wie die integrierten sozialen Identitäten sind.

⁷ Die Autorinnen überlegen: Eine aktivierte Soziale Identität auch nicht, dass sie die Person sich mit ihr identifiziert. Denn z.B. im Stadium der Bereichsteilung können mehrere sozialen Identitäten gleichzeitig aktiviert sein, es ist aber noch stark von der Situation abhängig, mit welcher der aktivierten sozialen Identitäten (ursprüngliche oder neue) sich die Person gerade identifiziert. Zu diesem Zeitpunkt ist es nämlich noch nicht möglich sich, dass sie sich mit beiden aktivierten sozialen Identitäten gleichzeitig identifiziert, da sie von der betroffenen Person noch als zu unterschiedlich und klar voneinander getrennt betrachtet werden und die neue Soziale Identität noch nicht integriert ist. So ist sowohl die Aktivierung als auch die Identifikation mit einer sozialen Identität in diesem Stadium kontextabhängig, jedoch nicht auf die gleiche Art.

- Im Stadium der Integration erkennen die betroffenen Personen, dass mehrere und unterschiedliche Soziale Identitäten gleichzeitig wichtig und gleich wichtig für das Selbst sein können (Amiot et al., 2007). Die Betroffenen merken, dass die Sozialen Identitäten nicht mehr so stark kontextabhängig sind und gemeinsam integriert werden können. Zuerst entsteht jedoch das Bewusstsein, dass verschiedene Aspekte der bestehenden und der neuen Sozialen Identität sich scheinbar widersprechen. Dies verursacht Instabilität im Selbst und Stress. Um diese intraindividuellen Konflikte zu lösen, werden zwischen den Sozialen Identitäten kognitive Verbindungen gemacht: Gemeinsamkeiten zwischen den unterschiedlichen Sozialen Identitäten werden anerkannt, die Überlappung wird vergrößert und eine der neuen und alten Sozialen Identitäten gleichermaßen übergeordnete und verbindende Soziale Identität wird geformt. So werden die verschiedenen sich zuvor scheinbar widersprechenden Sozialen Identitäten verbunden und beide als einzigartig und positiv zum Selbstkonzept beitragend wahrgenommen. Die Person merkt, dass zwar in verschiedene Kontexten, verschiedene Soziale Identitäten in den Vordergrund treten, was aber nicht heisst, dass sie nicht gleichzeitig existieren und zum globalen Selbst positiv beitragen können.

Dieser Prozess der Integration kann sowohl gehindert, als auch erleichtert werden. Gefühle von Bedrohung verschiedenster Art gelten als hinderlich. Unterschiedlicher Status der ursprünglichen und der neuen Sozialen Identität, sowie Machtgefälle zwischen Ihnen beeinflussen und erschweren den Integrationsprozess ebenfalls. Vermeidende Bewältigungsstrategien sind eher hinderlich, wo hingegen aktive Bewältigungsstrategien als förderlich gelten. Gefühle von Bedrohung haben einen Einfluss darauf, welche Bewältigungsstrategien angewendet werden. Gleichermaßen beeinflussen die Bewältigungsstrategien wie mit Gefühlen von Bedrohung umgegangen wird und somit auch insgesamt den Integrationsprozess. Soziale Unterstützung wird insgesamt als förderlich betrachtet. Auf soziale Unterstützung zuzugreifen, gilt als eine Bewältigungsstrategie. Das soziale Umfeld soll dabei die verschiedenen Sozialen Identitäten der betroffenen Person akzeptieren, jedoch auch aktiv auf widersprüchliche Aspekte zwischen den unterschiedlichen Sozialen Identitäten der Person aufmerksam, machen um den Integrationsprozess voranzutreiben. (Amiot et al., 2007)

Anhang C - Zusammenfassungen und kritische Würdigungen der Hauptstudien

AICA-Hilfstabelle der Studie Freeman, Adams & Ashworth (2015)

Referenz: Freeman, A., Adams, M. & Ashworth, F. (2015). An exploration of the experience of self in the social world for men following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(2), 189–215. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.917686>

Zusammenfassung der Studie Freeman et al. (2015)

Einleitung

- SHT = plötzliches, veränderndes Lebensereignis => physische, kognitive, emotionale, soziale, interpersonelle Aspekte betroffen (beeinflusst durch sozialen und kulturellen Kontext)
- Bekannt: eingeschränkte kognitive Funktionen (Exekutivfunktionen, Gedächtnis, Aufmerksamkeit) => Barriere für emotionale Anpassung (sehr komplex!)
- SHT => Veränderungen persönliche Identität, soziale Beziehungen (beeinflusst durch Schweregrad, vorherige soziale Netzwerke, Unterstützungsmöglichkeiten => beeinflussen well-being und Anpassung)
- Lebensveränderungen (Abhängigkeit, Rollenverluste) => veränderte Selbst-Identität => Depression

Changes in self-identity following TBI

- Anpassung = Challenge (Bedrohung des Selbst und Zugehörigkeit zur Gesellschaft => Einfluss Selbst-Konzept)
- Selbst-Konzept = „individuals belief about him or herself, including personal attributes“, „perceptions of others and comparison to pre-injury self, experienced as loss of self“
- Negatives Selbst-Konzept („social disconnection“, „reconstruction of self-identity“, „place in the world“) im Vergleich mit vorherigem Selbst-Konzept

Social context of identity

- Social Identity Theory (SIT) => Mitgliedschaft sozialer Gruppen beeinflusst Identität (sense of identity) durch internalisierte soziale Identitäten, Selbst = durch soziale Beziehungen konstruiert
- Soziale Identität (SI) bestimmt durch Identifikation mit sozialen Gruppen, kultureller Hintergrund
- SHT => gestörte SI
- Social Identity Model of Identity Change (SIMIC) => soziale Gruppenprozesse beeinflussen Anpassung Lebensveränderung, Gruppe = Schutzfaktor vor schädlichen Einflüssen der Identitätsveränderung
- SI = relevant für Selbst-Aspekte in versch. sozialen Kontexten
- Störungen Gruppenzugehörigkeit nach Hirnverletzung => Einfluss sense of identity, well-being => Einfluss Anpassungsfähigkeit
- Angenommene Vorurteile, kognitive Defizite (Emotionsregulation, Kommunikation, Exekutivfunktionen) = Barriere für Zugehörigkeit bisheriger sozialer Gruppen, „being left on their own“
- Rekonstruktion des Selbst => positive Bedeutung, „growth“, „survivor“ => well-being, quality of life
- Erfahrungen des Versagens, schwierige Situationen => „threats to self“, „feeling stupid“
- Scham, soziale Angst, Depression = Strategien, wenn man Gefühl hat, ungenügend zu sein
- Negative Veränderung SI nach SHT => Verwundbarkeit, Scham, Angst, Depression
- Verbundenheit zwischen Selbst und Gesellschaft = bedeutsam für Selbst-Konzept nach SHT

Rationale and objective of present study

- Verluste vorheriger Fähigkeiten/ Identität => Einfluss emotionale Anpassung
- Bisher Fokus emotionale Anpassung Selbst-Konzept, weniger psychologische Faktoren im sozialen Kontext
- Diese Studie => Vertiefung der Ergebnisse von Douglas/ Nochi bzgl. Selbst-Identität, soziale Bindungen
- Erfahrungen nach SHT => Selbst-Identität entdecken im sozialen Kontext (Männer)
- Wie erleben Überlebende nach SHT Veränderungen ihrer Selbst-Identität in Bezug zu ihrem sozialen Kontext?, Was sind die „Erscheinungsbilder“ der emotionalen Erfahrungen des Selbst in der sozialen Welt für männliche Überlebende nach SHT?

Methoden

- Verständnis von „self-conscious“ emotionaler Erfahrungen nach SHT
- Qualitativer Rahmen => Fokus bei individuellen Erfahrungen (authentic insight) => braucht Interaktion zwischen Forschenden und Studienteilnehmenden
- Annahme Forschungspersonen: kritischer Realismus zwischen „realist“ und „constructionist psychological paradigms“ => soziale Welt = abhängig von individuellen, subjektiven Erfahrungen => Interpretationen! => eigene Interpretationen der Männer => verschiedene Blickwinkel führen zu verschiedenen Erkenntnissen
- Selbst-Identität = kein statisches Konzept => abhängig vom Kontext, in welchen sie ausgedrückt wird => Kontext und Beziehung zum Interviewer relevant

Teilnehmende:

- 9 männliche Teilnehmer (TN) nach SHT und neurologischer Rehabilitation (Oliver Zangwill Centre for Neuropsychological Rehabilitation = OZC)
- Einwilligung Ethikkomitee und Teilnehmer
- TN konnten jederzeit abbrechen, wurden vollständig informiert (Procedere, Zitate, etc.)
- Variationen in Daten berücksichtigt/ aufgesucht (Alter, Zeit seit Verletzung) => „convenience sample“ aus einem Rehabilitationszentrum
- Rekrutierung und Interviews wurden weiter geführt bis zur Sättigung (nach 9 Interviews)
- Inklusionskriterien: nach SHT, 18J., min. 12 Monate post-SHT, Gehör und Sprache intakt, englische Sprache
- Exklusionskriterien: komorbide psychotische Krankheiten, signifikante kognitive Einschränkungen, welche Interviewfähigkeit betreffen
- 22 bis 59 Jahre alt
- 6 verheiratet/ Kinder
- 8 TN „White British“, 1 TN „British-born Turkish Cypriot“
- Edukationslevel variiert
- Alle vorher angestellt, 7 aktuell angestellt
- Zeit seit SHT: 17 Mt. bis 21 J.
- Schweregrad variiert (alle moderat bis schwer)
- Neurologische Schädigungen individuell (meistens „focal damage“)
- Alle mobil, fast alle auch physische Verletzungen zur Zeit des SHT
- Kognitive Schwierigkeiten variieren
- Assessments Screening Depression, Angst, posttraumatischer Stress: Beck Depression Inventory II, Beck Anxiety Inventory, Impact Event Scale – Revised

Datensammlung

- TN wurden durch Mitarbeitende des OZC auf Studie aufmerksam gemacht
- Zuerst Treffen, Assessments, Revision Akten, semi-strukturiertes Interview
- Interview mit offenen Fragen bezgl. Verändertes Selbst seit SHT, Veränderungen Lebensstil und Beziehungen, Erfahrungen anderer seit SHT => spätere Fragen individuell
- Interviews durch ersten Autor => mögliche Müdigkeit während Interview bewusst, bestrebt autobiografische Erinnerungen einzubeziehen (Repräsentation Selbst und Lebenswelt) => Bsp. Für Fragen in der Studie

- Hilfe für Aufmerksamkeit/ Gedächtnis: „verbal cues“ (Repetition des Gesagten, Schlüsselwörter)
- Durchführung Interviews im Rehabilitationszentrum, bei 2 TN zu Hause
- Aufgenommen (durchschnittlich 58 Min.) und transkribiert innerhalb einer Woche
- Interview-Prozess so weit wie möglich durch TN gelenkt, am Ende Möglichkeit für Ergänzungen, kurze Zusammenfassung => Möglichkeit für Reflexion und Feedback der TN

Datenanalyse

- Thematische Analysen => Suche im Datenfeld (Audio, Transkription, Reflexionsjournal) nach Muster => Themen nach Verbreitung, Platz, Häufigkeit berücksichtigt
- 6 Phasen der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) => Aufnahmen hören, Transkripte lesen, Kodieren, 2 Autoren identifizierten Themen unabhängig voneinander, Gruppierung nach Oberthemen vor Analyse des gesamten Materials => Lead-Forscher präsentierte zuerst „thematic map“ vor einer Arbeitsgruppe (multidisziplinäre Gesundheitspersonen Rehabilitationszentrum)
- Themenfindung beinhaltet interpretative Arbeit => „constructionist approach“ => passt zu „critical realist position“, da Erfahrungen nur durch Interpretation sozial (re)produziert werden
- Methodologie: Reflexivität, Sample, Transparenz und Stimmigkeit im Prozess, „grounding themes“ durch Beispiele der Daten

Ergebnisse

- Erfahrungen variierten individuell
- Dominante Themen: Verlust von Fähigkeiten und Veränderungen im „sense of self“ in Bezug zu sozialer Welt (Beziehungen)
- Zitate => Pseudonyme, wortwörtlich, z.T. kursiv
- 2 Hauptthemen: emotionale Erfahrung des Selbst in ihrer sozialen Welt & Reaktion auf diese Emotionen

The mens experience following TBI

Sense of abnormality

- 8/9 TN
- Stigmatisierung => Wunsch, „wie ein normaler Mensch zu sein“ => v.a. in Situationen, wenn Männer Angst hatten vor Reaktionen => Schwierigkeiten verbergen, um „normal“ zu erscheinen
- Abnormalität, aber trotzdem „human being“
- Z.T. „Selbst-Abstossung“ („mouldy fruitcake“) => evtl. mit Scham zu tun
- Stigma war begleitet mit Gefühlen der Verzweiflung und Traurigkeit
- Stigma = Motivation, „normal“ zu erscheinen
- Konflikt zwischen Abnormalität und „normalem Erscheinen“ vor anderen => evtl. beeinflusst von Unsichtbarkeit des SHT

A hidden injury

- Allg. positiv => Wunsch, als „normal“ zu erscheinen
- Angst, dass andere ihre Schwierigkeiten ihrer Persönlichkeit zuschreiben (anstelle der Gehirnverletzung)
- Unfähigkeit, Veränderungen ihrer selbst zu erkennen => verwirrend, Feedbacks von anderen
- Betroffene verlassen sich auf Feedback anderer, um Gefühl, wer sie sind als Individuum, aufrecht zu erhalten => können sich nicht auf ihre eigene Einsicht verlassen, um dieses Gefühl zu erreichen => unterwürfige Haltung => „Entmachtung“ in sozialer Position
- Alle gutes Bewusstsein bezgl. Ihrer Hirnverletzung (alle haben Rehabilitationsprozess durchgemacht, mind. 17Mt. nach Ereignis)

Others treat me differently

- Im Kontext der Familie, engen Freunden, Beziehungen mit Partner
- Veränderungen in Beziehungen begleitet mit veränderter Rolle in Familie => oft „abgewertete“ Rollen
- Verwirrung durch Veränderungen => Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Stress

- Erfahrung anders behandelt zu werden, oft begleitet durch Unsicherheit und Wunsch nach mehr direktem Feedback
- Feedback oft als inkongruent mit eigener Sicht auf sich selber erfahren => Feedback wurde eher als herablassend/ kritisch empfunden
- Reaktion auf Feedback eher als passiv beschrieben
- Über die Hälfte beschreibt Beispiele, in denen sie gleich behandelt wurden wie vorher

The old-me and the new-me

- Alle beschreiben „anders“ zu sein seit SHT => oft in Zusammenhang mit Verlust des „alten Ich“
- Fokus der Verluste unterschiedlich, aber bei allen bezogen auf Aspekte ihrer Identität, welche vor dem SHT wertvoll waren (Männlichkeit, Intelligenz, körperliche Fitness, etc.)
- Verlust des alten Ich (bei nahen Beziehungen) => Scham und Verlust des Selbstwertes => Schuldgefühle, dass man nicht mehr das alte Ich ist für die anderen
- Akzeptanz des neuen Ich in Zusammenhang mit „sense of moving on“ nach SHT => eingebettet in Erfahrungen des Selbst im sozialen Kontext (Rollenverluste, Aspekte der vorherigen Identität, Meidung soziale Kontakte, welche „sense of old-self“ gefährden/ bedrohen)

Social relatedness of emotions

- Sozialer Kontext: Stigmatisierte Sichtweise für Hirnverletzungen, Abwertung sozialer Rollen und Selbst-Identität
- Gefühl von Schuld/ Scham im Zusammenhang mit Fähigkeits-Verlusten und Verhalten, Stolz, wenn man etwas zurückgeben kann, „survivor“ sein kann
- Schuldgefühle => Einfluss SHT auf Familie (Scham), z.T. auch auf Level der Gesellschaft => Jahre der Rehabilitation, ohne etwas zurück zu geben, Chancen im Leben verpasst
- Scham/ Verlegenheit => 2/9 TN => bzgl. Verhalten im Spital (gezeigt durch Familie/ Freunde), z.B. wegen Verlust der Intelligenz („internal shame“)
- Die meisten nennen Emotion nicht direkt als Scham, sind eher kritisch zu sich selber => Verlust Fähigkeiten, sozialer Status => v.a. im Vergleich mit dem alten Selbst („pre-injury self“) und Bemitleidung anderer
- Allg. überrascht bei positiven Reaktionen anderer
- Stolz (am dritt häufigsten genannt) => im Zusammenhang mit „giving something back“ (z.B. immer noch besser sein als Arbeitskollegen) => überlebt haben
- Scham, Schuld, Stolz bei 5/9 TN => nicht dominante Themen, ABER: Selbstkritik, negative Selbst-Vergleiche und Angst vor sozialer Ablehnung/ Versagen zeigt Abwertung sozialer Rollen und Selbst-Identität nach SHT

The mens responses to their experience

- Selbstkritik, so sein, wie es die anderen wollen, sozialer Rückzug, positiver Wachstum

Self-criticism

- Am meisten Selbstkritik und Bedauern => Einfluss auf andere und eigene Rolle
- Negativer Selbst-Vergleich mit vorherigem Selbst oder mit Fähigkeiten anderer
- Auch gegenteilige Beispiele => mitfühlend zu sich selber/ nett sein zu sich
- Selbstkritik durch Angriff auf das Selbst durch Fehler/ Versagen und durch negative soziale Vergleiche (Erwartungen anderer)

need to be as others want me to be

- Wollen akzeptiert werden, ca. Hälfte erklärt, Gefühl zu haben, dass sie Erwartungen anderer erfüllen müssen („do better“)
- Verlust von Selbstvertrauen => können eigener Erfahrung des Selbst nicht trauen (nicht fähig, „have to go with others“) => z.B. Machtlosigkeit gegenüber Gesundheitspersonal
- Meistens Schwierigkeiten verbergen, Humor (Spannung abbauen)
- Sozialer Rückzug => wollen akzeptiert werden/ Erwartungen erfüllen => Passivität, um soziale Zugehörigkeit aufrecht zu erhalten

Withdrawal from social world

- Alle haben sich in gewissem Sinne zurückgezogen wegen Fähigkeits-Verlust, Unterschieden, Gefühl von Abnormalität

- Ausmass des Rückzuges unterschiedlich
- Meist körperlicher Rückzug, z.T. auch Passivität im sozialen Prozess
- Abnormalität, Unterschiede, Angst, verurteilt/ bevormundet zu werden, sich blamieren („saying the wrong thing“) => sozialer Rückzug => evtl. auf Bedrohung der sozialen Interaktion, welche Unterschiede enthüllt, zurück zu führen

Positive growth

- Zukunftsorientierung, neuer „sense of self“ rekonstruieren (Stolz, Überlebender zu sein, Fähigkeit „give something back“)
- Allg. kein dominantes Thema, trotzdem alternative Reaktion/ Möglichkeit

Summary of findings

- 2 thematische Gruppen: Erfahrungen und Reaktion auf erlebte Erfahrungen
- Alternative Erzählungen ersichtlich (weniger dominant): Akzeptanz, gleich behandelt werden wie zuvor => persönliches Wachstum
- Daten gesammelt unter Berücksichtigung zum Interview-Kontext (konstruiert durch Interviewer und TN)
- Kontext und Sigma beeinflussen Gefühl von Abnormalität, versteckte Natur des SHT, anders behandelt werden und altes und neues Ich => Einfluss auf wahrgenommene emotionale Bedrohung und Reaktion darauf

Diskussion

- erlebte Erfahrungen der Veränderungen des „sense of self“ mit Bezug zu der sozialen Identität
- Stigma, Veränderungen sozialer Rollen, Reflexion zu Bedeutsamkeit von Verlusten, Veränderungen „sense of identity“ = potenzielle emotionale Bedrohungen (emotional threats)
- Physische Vermeidung sozialer Situationen, aber auch Strategien wie Verbergen, Humor
- „Psychobiological model of self-rejection“ => oben genannte Zusammenhänge, potenzielle soziale Ablehnung bedroht „Selbst-Erhaltung“ => Einfluss Selbstwert
- Scham und Demütigung (assoziiert mit biologischen Prozessen) => Rückzug
- Wahrgenommene Veränderungen in Zusammenhang mit sozialem Vergleich und Erfahrungen des Selbst in sozialer Welt (siehe Thema „old-me-new-me“) => Männer beschreiben Verluste/ Veränderungen relativ zu ihrer sozialen Welt => kann aus Sicht sozialer Identitäts-Theorien betrachtet werden
- „sense of self“ wird durch Gruppe/ soziale Identität definiert => „sense of self“ wird gefährdet, sobald Person Gruppenzugehörigkeit neu definieren muss/ abgelehnt wird oder sich mit einer weniger positiven Gruppe identifizieren muss
- Verlust von Fähigkeit und Identifikation mit Selbst => von „fähiger Gruppe“ zu „hirnverletzter Gruppe“
- SIMIC: Vermeidung und Verteidigung des Selbst als stigmatisierte Gruppe zeigt Einfluss sozialer Gruppe auf
- Positive Erfahrungen durch Berücksichtigung sozialer Identitäts-Theorien => positive Selbst-Identität durch Gefühl von Akzeptanz und Selbstwert => kann erreicht werden durch Zugehörigkeit und sozialer Kontakt (Gruppenzugehörigkeit)
- Soziale Identität ist je nach Kontext unterschiedlich
- Soziale Identität kann genutzt werden um Selbstwert zu entwickeln => siehe Thema „accepting the new-me“ and „positive growth“ => positiver sozialer Vergleich des Selbst (siehe Nochi und Douglas)
- Negativer sozialer Vergleich bei Nochi und Douglas nicht ersichtlich => evtl. weil dort nur schweres SHT (ongoing supporting services in their home)?

Emotional experience of a changed social identity

- Reaktion auf Bedrohung der veränderten Identität => verlorene Fähigkeiten verdecken, Humor, sozialer Rückzug => Selbst vor emotionaler Erfahrung distanzieren, um sich vor Scham zu schützen => bei den Männern „passive soziale Position“
- Typische Reaktion/ Verteidigung auf Scham = Externalisation auf andere, wurde aber hier nicht beobachtet => Männer richteten Aggression gegen sich (Selbstkritik, Rückzug)
- Selbstfokussierte Aggression durch negative soziale Vergleiche => Quelle für Scham

- Social Rank Theory: wer sich selber als „soziale niedrig positioniert“ wahrnimmt, kritisiert sich selber, solche die sich als „besser“ fühlen, kritisieren andere
- Männer beschreiben Verlass auf andere (siehe Thema „hidden nature“) => wenig Selbstbewusstsein, Konflikt-Einfluss auf emotionale Erfahrungen
- Es half, sich von stigmatisierter Gruppe zu differenzieren, andererseits trug dies zu Folgen des SHT bei, welche ebenfalls als Scham wahrgenommen werden können

Alternative narrative: positive growth

- Neugefundener Stolz => positive Bedeutung in Verteidigung gegen Scham
- „reappraisals of life“, „development of self“, hier: „survivor“, „better off than others“ (Nochi, Douglas)
- ABER: für die meisten nicht der Fall, mögliche Erklärung: um Stolz zu empfinden, muss Person Gefühl haben, selber für Erfolg verantwortlich zu sein => viele erwähnten, dass andere Entscheidungen für sie treffen
- Abhängigkeit = Hauptstressor => hier: Verlust von Fähigkeit, selber Entscheidungen über sich zu treffen

Limitations

- Explorativ => emotionale Erfahrung männliche Überlebende nach SHT
- Methodologische Erwägung beeinflusst Übertragbarkeit (transferability) => Ergebnisse sind repräsentativ für diese 9 TN => selbsterwählt und geschlechtsspezifisch
- Teilnehmer sind evtl. nicht typische repräsentativ => mehr gewollt/ fähig, Erleben zu kommunizieren
- Evtl. ist sich „typische Population“ nicht bewusst über Verluste und Veränderungen bezgl. Gruppenzugehörigkeit und sozialer Identität => kein ähnliches Level der Reaktion auf erlebte Emotionen
- Evtl. erfahren Männer, welche ein tieferen sozialen Status hatten vor dem SHT (job roles, education) nicht das gleiche Level von Gefährdung einer Gruppenzugehörigkeit
- Kontextspezifisch abhängige Forschung => Möglichkeit: Daten aus verschiedenen Kontexten von verschiedenen Medien sammeln, methodologische Triangulation => Ergebnisse sind nicht generalisierbar für verschiedene SHT-Populationen und sozio-kulturelle Settings
- Wegen Limitationen => Resultate sind ergänzend zu aktuellem Stand, zeigen Möglichkeiten für weitere Forschung, berücksichtigen klinisches Verständnis

Further research

- Methodologie dieser Studie kann genutzt werden um Erleben/ Erzählungen alternativer SHT- Populationen zu erforschen (unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Umstände, Folgen, TN, welche keine Reha hatten) => Verständnis für Menschen nach SHT verbessern
- Weibliche Überlebende => hier untervertreten => Fokus auf Geschlecht, neuropsychologische Rehabilitation, Rekonstruktion Weiblichkeit/ Männlichkeit
- Rolle des wahrgenommenen Stigma nach SHT => Einfluss auf Betroffenen und ihre Familien

Conclusion and clinical implications

- Erfahrungen bzgl. Stigma, Verlust sozialer Status, „positionig of the injury sequelae within the self“ => können zu Scham führen
- Scham erklärt sozialer Rückzug, Verbergen von Schwierigkeiten, „passive soziale Positionen“, Humor => sich selber von emotionaler Erfahrung distanzieren und soziale Bedrohung reduzieren durch Aufrechterhaltung des wahrgenommenen „pre-injury self“
- Positives Wachstum (positive growth) durch Akzeptanz und Entschlossenheit => well-being durch Stärkung persönlicher und sozialer Identität (Jones et al., 2010)
- Durch Studie: Rolle soziale Identität und bewusste Emotionen verstehen (z.B. Scham = Einfluss auf emotionale Anpassung, nützlich für neuropsychologische Rehabilitation)
- Spezifische Herangehensweisen für Scham, Selbstkritik bekannt (nicht empirisch getestet), Gilbert & Procter (2006)
- Metaphoric Identity Mapping (Ylsaker et al., 2008) = Bedeutung positiv growth, Prozess Zielsetzung Rehabilitation (bedeutsam!) erleichtern
- Psychologische Assessments nach Hirnverletzung sollen Verständnis von „hidden self-conscious emotions“ (Scham, Ablehnung) in Tiefe erfassen, inklusive potenzielle Quellen der Resilienz, wie z.B. Stolz

- Narrative Therapy (Cloute et al., 2000) => bei Scham/ Schuldgefühlen
- Compassion-focused Therapy (Gilbert, 2007; Ashworth, 2011) => Scham/ Schuld, soziale Konstruktion, Stigma
- Wichtigkeit der Stärkung persönlicher und sozialer Identität => Forschende beschreiben nicht genauer, was damit gemeint ist (ausser oben genannte Vorschläge)
- In Praxis sollen therapeutische Methoden genutzt werden, welche Themen wie Scham, soziale Konstruktion und Stigma berücksichtigen

Würdigung der Studie Freeman et al. (2015)

Einleitung

- Es geht um die Vertiefung/Ausweitung bisheriger Ergebnisse (Douglas/ Nochi) bzgl. Identitäts-Themen rund um das Konzept der Selbst-Identität und sozialer Verbundenheit mit Fokus auf dem emotionalen Erleben der Männer mit Schädelhirntrauma => Frage aus den Sozialwissenschaften, Fokus bei psychologischen Faktoren
- Relevanz wird aufgezeigt und begründet, Forschungsbedarf und Lücken werden diskutiert (Empfehlungen einer Review aus 2010, resp. ergeben sich aus Beschreibungen des Phänomens) => bisheriger Fokus der Konzeptualisierung des Selbst und der emotionalen Anpassung lag mehr auf negativen Veränderungen im Selbst-Konzept ohne psychologische Faktoren im sozialen Kontext und die Möglichkeit für positives Wachstum miteinzubeziehen
- Relevanz: Es werden keine komplett neuen Fragen diskutiert, Gebiet ist tw. schon erforscht, Autoren erwähnen dies aber klar => bisherige Forschung vertiefen, mit einem speziellen Fokus auf das emotionale Erleben der Männer
- Es werden Barrieren aufgezeigt für die emotionale Anpassung (plötzliches Lebensereignis, kognitive Funktionen, Veränderungen persönliche Identität und soziale Beziehungen)
- Phänomen wird unter Einbezug von bisheriger Literatur und sozialpsychologischen Theorien erklärt => siehe Abschnitt *Changes in self-identity following TBI* und in Abschnitt *Social context of identity*
- Ziel ist klar aufgezeigt, Autoren haben 2 konkrete Forschungsfragen formuliert → Fragen sind ausschweifend, aber schlüssig hergeleitet

Methode

Design:

- Qualitatives Forschungsdesign mit phänomenologischem Ansatz (thematische Analysen) ist passend gewählt zu der Forschungsfrage (es geht um individuelle Erfahrungen, Interpretationen, Selbst-Identität = kontextabhängig)
- Auswahl des Studiendesigns ist nachvollziehbar begründet, Einbezug Literatur

Stichprobe:

- Mit 9 TN kleine Stichprobe, ist jedoch angemessen für das qualitative Design und die Forschungsfrage
- Variationen werden absichtlich aufgesucht (Alter, Zeit seit Verletzung) → erhöht Repräsentativität
- Ausschliesslich männliche Probanden eines neuropsychologischen Rehabilitationszentrum („convenience sample“) => fraglich, ob dies eine repräsentative Stichprobe ist (keine Frauen, aus einem einzigen Setting, kleine Stichprobe) => Repräsentativität eingeschränkt
- Aus den Forschungsfragen wird nicht ganz eindeutig klar, ob nur für eine männliche Population eine Aussage gemacht werden soll
- Exklusionskriterien/ Inklusionskriterien werden beschrieben, Sample wird klar beschrieben (Übersicht in Tabelle) → jedoch keine Begründung der Kriterien
- TN sind soweit passend, erfüllen vorgeschlagene Kriterien, um Phänomen zu erforschen sind aber ausschliesslich männlich und wurden in ein und demselben Rehabilitationszentrum behandelt
- Es wurden Screening-Assessments angewendet (Resultate in Tabelle)
- Beschrieb des Settings (Rehabilitationszentrum) fehlt, sowie auch Angaben zu Wohnform/ Selbstständigkeit der Teilnehmer → würde noch wichtige Infos über die Teilnehmer geben

- Stichprobenziehung wird nicht ganz nachvollziehbar beschrieben (Keine Angaben, wie die Vorauswahl durch die Angestellten des Rehabilitationszentrums getroffen wurde (indem sie nur gewisse Patienten über die Forschung informierten, auch anhand der Ein- und Ausschlusskriterien? Aus der Beschreibung wird auch nicht klar, ob zuerst alle Teilnehmenden rekrutiert, gemäss Kriterien eingeschlossen und aus den verbleibenden eine Auswahl mit möglichst grosser Variation getroffen wurde oder ob einfach vorneweg rekrutiert, eingeschlossen und interviewt wurde)

Datenerhebung:

- Rekrutierung und Interviews werden laut Autoren bis zur Datensättigung weitergeführt
- Es geht um individuelles Erleben => Interview mit offenen Fragen angemessen
- Forschende sind sich Schwierigkeiten bewusst mit TN => „verbal cues“, Fatigue
- Datenerhebung klar aufgezeigt => erstes Treffen, Beispielfragen ersichtlich, Ort der Durchführung, Aufnahmen innerhalb einer Woche transkribiert, Interviews durch 1 Autor (first author)
- Selbstbestimmung TN vorhanden => Offenheit im Interviewprozess, jederzeit abbrechen möglich, am Schluss Resume, Feedback

Methodologische Reflexion:

- Philosophischer Hintergrund ist mit Einbezug von Literatur dargestellt („critical realist epistemological position“), Erfahrungen nur durch Interpretation zugänglich
- Methodisches Vorgehen stimmt mit gewähltem Forschungsansatz überein
- Methodologischer Ansatz scheint für das Phänomen geeignet und wird klar und nachvollziehbar beschrieben (soweit wir das als nicht philosophische Fachpersonen beurteilen können)
- Nehmen Bezug zur Methodologie, welche laut Autoren berücksichtigt wurde (Reflexivität, Sample, Transparenz, Stimmigkeit Prozess, Beispiele aus Daten) => methodologischer Rigor wird mit grossen Begriffen, relativ oberflächlich beschrieben

Datenanalyse:

- Prozess ist sehr genau beschrieben => 6 Phasen nach Braun und Clarke (2006), kurz beschrieben
- Glaubwürdigkeit durch wortwörtliche Zitate, Transkripte und reflexive Notizen der Forscher werden als „Hauptdatenquelle“ beschrieben
- Auf die Dokumentation analytischer Entscheidungen wird nicht näher darauf eingegangen (es wird nicht genannt, was die reflexiven Notizen genau beinhalten)
- Bei Analyseprozess sind mehrere verschiedene Personen involviert (thematische Analyse von zwei Autoren durchgeführt und im multidisziplinären Team präsentiert, keine Angabe, ob und inwiefern diese Rückmeldungen zu den Ergebnissen gegeben haben->Beschreibung Analyseprozess wird hier von methodologischen Überlegungen unter- und abgebrochen ->nicht ganz nachvollziehbar)
- Mehrmals Literatur referenziert für Aspekte der Datenanalyse und Methodologie

Ethik:

- Einwilligung Ethikkomitee und Teilnehmer für Kontaktaufnahme (freiwillig, jederzeit abbrechen möglich)
- TN wurden vollständig über Forschungsprozess informiert
- Forschende nehmen Bezug zu der Beziehung zwischen TN und Autoren => Kontext und Beziehung zum Interviewer sind relevant für Selbst-Identität (kein statisches Konzept)
- Pseudonyme verwendet bei den Zitaten

Ergebnisse

- Ergebnisse reflektieren Reichhaltigkeit => Widersprüche im Datenmaterial werden offen gelegt, 2 Hauptthemen, 9 Unterthemen
- Die Themen sind inhaltlich unterscheidbar
- Ergebnisse sind mit Zitaten untermauert (wortwörtlich), im Kontext verankert, so dass Zitate aussagekräftig und passend erscheinen
- Konzeptualisierungen der Forschenden stimmen mit den Daten überein

- Die Autoren berichten auch alternative Erzählungen in den Daten bedacht zu haben.
- Zur Gewichtung einzelner Aussagen beschreiben die Autoren die Häufigkeit/ Anzahl Personen, welche dies genannt haben
- Autoren interpretieren einzelne Themen, zeigen Verbindungen/Zusammenhänge auf
- Hauptergebnisse werden zusammengefasst und als Ganzes dargestellt (1x im Fliesstext und 1x in einem Modell): => Einfluss von Kontext und wahrgenommenem Stigma (Abnormalität), „versteckte Verletzung“ auf „altes und neues Ich“ und somit auf wahrgenommene emotionale Bedrohung und Reaktion darauf
- Entwickeltes Modell stellt Datenergebnisse logisch und in sich konsistent dar

Diskussion

Diskussion und Interpretation:

- Ergebnisse zeigen erlebte Erfahrungen der Veränderungen des „sense of self“ in Bezug zu der sozialen Identität auf und sind somit für die vorliegende Bachelorarbeit und dadurch schlussendlich für die Ergotherapie relevant
- Ergebnisse leisten einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens (*Wie erleben Überlebende nach SHT Veränderungen ihrer Selbst-Identität in Bezug zu ihrem sozialen Kontext? Was sind die „Erscheinungsbilder“ der emotionalen Erfahrungen des Selbst in der sozialen Welt für männliche Überlebende nach SHT?*) und beantworten auch die Forschungsfrage
- Es werden Strategien/ Reaktionen aufgezeigt und mögliche Gründe aufgezeigt und miteinander in Verbindung gebracht
- Ergebnisse werden unter Einbezug bisheriger Literatur diskutiert (z.B. Soziale Identitäts-Theorie, SIMIC, Psychobiological Model of Self Rejection, Social Rank Theory,
- Kritische Gegenüberstellung mit früheren Ergebnissen (z.B. dass negativer sozialer Vergleich bei Nochi/ Douglas nicht ersichtlich war)

Schlussfolgerungen, Anwendung in der Praxis:

- Autoren zeigen Limitationen auf (männliche Überlebende, self-selected, kleines Sample, explorativ, evtl. keine „typische Population“, da sie evtl. mehr fähig, motiviert waren ihre Erfahrungen zu kommunizieren und da sich TN über Veränderungen bzgl. Gruppenzugehörigkeit bewusst sind, alle hatten relativ hohen sozialen Status vorher (bedeutet grössere Veränderung in Gruppenzugehörigkeit)
- diese Art von Forschung ist kontextabhängig, und da nur ein Kontext gewählt wurde → nicht generalisierbar
- Es werden Vorschläge für weitere Forschungsfragen gemacht
- Resultate werden als Ergänzung zum aktuellen Forschungsstand präsentiert
- Durch Studie: Ergebnisse (Rolle der sozialen Identität, Emotionen verstehen) nützlich für neuropsychologische Rehabilitation
- Klinische Implikationen/ Vorschläge, Forschende beschreiben, dass diese z.T. nicht empirisch getestet wurden bei SHT: Metaphoric Identity Mapping, psychologische Assessments, Narrative Therapy, Compassion-focused Therapy
- Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie wider, fassen sie und damit auch die Antwort auf die Forschungsfrage, zusammen

Güte nach Flick und Steinke (2010) der Studie Freeman et al. (2015):

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

- Forschungsprozess wurde nachvollziehbar dokumentiert, Phasen der Datenauswertung werden mit Referenzen untermauert
- Einbezug wortwörtlicher Zitate, welche zum Kontext passen erlauben kritische Überprüfung zur Interpretation der Ergebnisse
- Kontext der Datenerhebung (Beispielfragen, Ort der Interviews, Durchführung Interviews durch einen Autor, Interpretation später durch mehrere Personen, Dauer) ersichtlich
- Innerhalb einer Woche wurden Audioaufnahmen wortwörtlich transkribiert und reflexive Notizen der Interviewer vervollständigt

- Hypothesen/ Deutungen/ Interpretationen werden als solche dargestellt
- Vorverständnis der Forschenden wird nicht direkt thematisiert, es wird zu Beginn jedoch mit Hilfe von Referenzen der aktuelle Forschungsstand zur Thematik aufgezeigt
- Interviews wurden durch first author durchgeführt => 2 Autoren haben Themen unabhängig voneinander identifiziert und nach Oberthemen gruppiert, danach präsentierte Lead-Forscher die „thematic map“ einer Arbeitsgruppe des Rehabilitationszentrums
- Autoren erwähnen, dass beim Prozess der Datenauswertung kodifizierte Verfahren angewandt wurden
- Forschungspersonen beschreiben Berücksichtigung des methodologischen Rigor durch Reflexivität, sich ins Thema vertiefen/eingeben/einbinden, Vollständigkeit der Datensammlung und des Analyseprozesses, Transparenz und Kohärenz, so wie Beispiele aus dem Datenmaterial als „grounding themes“

Indikation des Forschungsprozesses

- Semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen und Möglichkeit der TN für Feedback und Anregungen, angemessene qualitative Methode => Fokus beim subjektiven Erleben im individuellen Kontext, genug Freiraum, zeigt Bereitschaft der Forschenden bestehendes Vorverständnis zu revidieren
- Qualitative Methode mit damit verbundenem Aufwand für 9 TN angemessen, Forschungsdesign ist literaturbasiert und nachvollziehbar begründet, Erhebung und Auswertung passen zueinander
- Interviews aufgenommen und transkribiert innerhalb einer Woche=> Resultate sind nahe am Datenmaterial (empirische Verankerung)
- Durchführung der Interviews, und Interpretation von verschiedenen Personen => systematische Analyse
- Sample besteht rein aus Männern, eine der Fragestellungen bezieht sich jedoch auf eine allgemeine Population nach Schädelhirntrauma
- Sample durch ein Rehabilitationszentrum rekrutiert => Vielseitigkeit der Probanden eingeschränkt, Resultate evtl. nicht übertragbar auf andere Situationen
- Sample schlussendlich durch Forscher ausgewählt, die versuchen eine Variation in der Stichprobe zu erreichen →Vielseitigkeit der Probanden gefördert
- Freiwillige Teilnahme => TN der Studie, haben sich evtl. schon mehr mit sich selber befasst, haben eine bessere Einsicht als Personen, welche nicht teilnehmen wollten
- Qualitätskriterien: Forschende begründen qualitative Methode literaturbasiert, thematische Analysen nach Braun & Clarke (2006), Forschende erwähnen, dass Methodologie berücksichtigt wurde durch Reflexivität, Transparenz, Kohärenz, Vollständigkeit →scheinen für die Methode angemessen
- Gegenstände werden im alltäglichen Kontexten der Informanten untersucht (Interviewfragen beziehen sich auf Lebensstil, ihre Beziehungen und Erfahrungen mit anderen)

Empirische Verankerung

- Autoren beschreiben, dass bei der Datenanalyse kodifizierte Methoden angewendet wurden
- Widersprüche im Datenmaterial, z.B. unterschiedliche Aussagen der TN werden offen gelegt und diskutiert
- Aussagen werden mit wortwörtlichen Zitaten, welche zum Kontext passen unterlegt
- Es ist schwierig aus der generierten Theorie eine Prognose abzuleiten, da diese nicht an weiteren Fällen geprüft wurde und Widersprüche aufgetreten sind, zu welchen die Forschenden Vermutungen oder Hypothesen aufstellen, diese aber nicht empirisch überprüfen
- Es wird eine kommunikative Validierung mit den Betroffenen gemacht, da diese am Ende der Interviews durch ein kurzes Resume nochmals die Ergebnisse gespiegelt bekommen (sie erhalten die Möglichkeit, ihre eignen Aussagen zu korrigieren und ein Feedback abzugeben oder ggf. Ergänzungen zu machen →die Ergebnisse der gesamten Forschung werden aber nicht kommunikativ validiert)

Limitation

- Es wird einerseits auf eine Variation in den Daten geachtet (z.B. bezüglich Alter, Schweregrad, Dauer seit dem Ereignis), welche erforderlich sind, um das Phänomen zu untersuchen, andererseits beschreiben die Autoren, dass der Einfachheit halber („convenience sample“) alle TN aus ein und

demselben Rehabilitationszentrum stammen, zudem besteht das Sample ausschliesslich aus männlichen Teilnehmern

- Forschende sind sich gewissen Limitationen bewusst und legen diese offen (z.B. Generalisierbarkeit/ Übertragbarkeit nicht möglich)

Kohärenz

- Widersprüche wurden offen gelegt und interpretiert, jedoch nicht empirisch geprüft
- Es werden Empfehlungen für die weitere, vertiefte Recherche gemacht, offene Fragen werden aufgelistet

Relevanz

- Ergebnisse dienen als Ergänzung zu bereits bestehenden Resultaten zu diesem Thema, was von den Forschenden so beschrieben wird
- Relevanz wird literaturbasiert begründet, Forschungslücken werden aufgezeigt
- Darstellung der Theorie ist überschaubar => in einem Modell dargestellt
- Ergebnisse und Implikationen sind laut Autoren wichtig für die neuropsychologische Rehabilitation
- Es werden Themen angesprochen, welche in der Praxis thematisiert werden sollen
- Es werden keine konkreten Implikationen für die Praxis gemacht, Autoren weisen auf einige Methoden aus bisheriger Literatur hin, welche aber meist nicht für SHT validiert wurden

Reflektierte Subjektivität

- Forschende erwähnen, dass die Reflexivität während dem Forschungsprozess berücksichtigt wurde, es werden jedoch keine genaueren Angaben dazu gemacht
- Sie erwähnen reflexive Notizen gemacht zu haben, worauf sich diese beziehen ist nicht eindeutig beschrieben (sind es eher Fieldnotes oder Reflexionen über die eigene Position als Forscher, etc.).
- Forschende zeigen das bestehende Vorverständnis durch aktuelle Ergebnisse aus der Forschung zum Thema literaturbasiert
- Forschende zeigen auf, dass subjektives Erleben nur durch Interpretation zugänglich wird => zeigen dadurch, dass sie sich ihrer eigenen Interpretation der Aussagen bewusst sind
- Autoren erwähnen, dass ihre Beziehung zu den TN und der Kontext einen Einfluss auf den Interviewverlauf und die Ergebnisse haben => zeigt, dass Forschende ihre Position kritisch reflektieren
- Anfrage für die Teilnahme wurde durch eine vertraute, angestellte Person des Rehabilitationszentrum gemacht => könnte evtl. unterstützen, dass die TN weniger Hemmungen haben, ihre Meinung bezüglich der Teilnahmen offen und ehrlich zu sagen, was bei der Rekrutierung durch die Autoren evtl. anders sein könnte
- Autoren zeigen vorsichtiges „Herantasten „ an die Probanden (langsamer Beziehungsaufbau), da sie beschreiben, dass sie die Interviews zu Beginn mit harmloseren, weniger persönlichen Fragen gestartet haben und im Verlauf persönlichere, tiefere Fragen gestellt haben

Evidenz mittels 6-S-Pyramide nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009) der Studie Freeman et al. (2015):

- Individual Studies => Originalartikel, qualitative Studie, welche in einem Journal publiziert wurde

AICA-Hilfstabelle der Studie Martin, Levack & Sinott (2015)

Referenz: Martin, R., Levack, W. M. M. & Sinnott, K. A. (2015). Life goals and social identity in people with severe acquired brain injury: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 37(14), 1234–1241. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.961653>

Zusammenfassung der Studie Martin et al. (2015)

Einleitung

Um welches Phänomen handelt es sich?

Erleben und Wahrnehmung von Menschen mit schwerer erworbener Hirnschädigung (ABI), die gerade in einem längerfristigen Rehabilitations- und Pflegeinstitution wohnen, bezüglich Lebensziele.

Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert?

Schwere erworbene Hirnschädigung:

- Häufigster Grund für Behinderung und Tod bei Erwachsenen
- plötzlicher Unterbruch des gewohnten Lebens → Lebenstransition
- Auswirkungen: Unterbrechung von Lebensplänen, Bedrohung der Selbstidentität (self-identity), Veränderungen im Selbstkonzept (self-concept) → QoL und subjective wellbeing
→ beeinflusst durch persönliche Faktoren (Einschränkungen in Körperstrukturen und –funktionen) und umweltbezogene Faktoren
→ beeinflusst durch komplexes Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren
- Hinterlegt mit 10 Quellen

Lebensziele:

- Definiert als gewünschten Zustand, den jemand zu erreichen, aufrechtzuerhalten oder zu verhindern versucht.
- Abgeleitet von Kernaspekten der Selbstidentität (self-identity) und bestimmt durch Motivationen
- Einfluss auf Motivation und Wohlbefinden → wichtig Lebensziele während der Rehabilitation miteinbeziehen: Verbindung schaffen zwischen rehabilitativen Behandlungszielen und dem Selbstbild (self-image) des Klienten, welches das höchste Lebensziel einer Person darstellt
- Was fördert subjektives Wohlbefinden von Menschen mit ABI?
 - o Relative *Wichtigkeit* verschiedener Lebenszielkategorien (gut erforscht)
 - o Wahrgenommene, aktuelle *Erreichbarkeit* von Lebenszielen (gut erforscht)→ bester Indikator für subjektives Wohlbefinden für Menschen mit ABI scheinen die Wahrnehmung von Erreichbarkeit und die erfolgreiche Erreichung von gemeinschaftlichen Lebenszielen, v.a. bezogen auf bedeutungsvolle (und intime) Beziehungen und uneigennützigem Verhalten.
→ Schlüsselziel vergangener Forschung war, herauszufinden, ob Veränderungen in der Priorisierung und der Erreichung von Lebenszielen ein Weg ist um Menschen nach ABI im Erhalt/Wiedererlangen von ihrem subjektiven Wohlbefinden zu unterstützen
- zu Wichtigkeit, Erreichbarkeit und Erreichung von Lebenszielen gibt es viel Literatur

Forschungslücke:

- Wenig Literatur zu Vorteilen von Miteinbezug von Lebenszielplanung in die klinische Rehabilitation von Menschen mit neurologischen Einschränkungen → besonders einleuchtend bei ABI: Komplexe Behinderungen, die sich aus ABI ergeben, haben Einfluss auf effektives Setzen, Messen und Erreichen von Zielen.
- Bisherige Forschung zu Lebenszielen bei ABI bezieht sich auf erste 1-2 Jahre der Rehabilitation → Anpassung an ABI ist aber ein viel längerer Prozess → Es bleibt unklar, ob sich Lebenszielkategorien und –merkmale nach ABI verändern und welche Auswirkungen körperliche und kognitive Funktionsveränderungen auf die Erreichung von Lebenszielen und die Wahrnehmung von Lebenszielprioritäten hat

- Perspektive des von Behinderung Betroffenen und Servicenutzers noch nicht erforscht (obwohl für klientenzentrierte Rehabilitationsausrichtung sehr wichtig wäre, sowie auch zur Ausrichtung der weiteren Forschung wichtig wäre.)

Wie lautet die Forschungsfrage?

Keine konkrete Forschungsfrage genannt.

Welcher Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt?

Erkundung der erlebten Erfahrungen und Wahrnehmungen von Lebenszielen aus der Perspektive von Menschen mit schwerer erworbener Hirnschädigung, die im Setting einer längerfristigen stationären Rehabilitation leben. →Dieses Ziel wird im Anschluss an die Beschreibung der Forschungslücke hergeleitet.

Methode

Ansatz/Design:

Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich?

Qualitative Studie (interpretative phänomenologische Analyse)

Wie wird die Wahl des Ansatzes/Designs begründet?

Um das Erleben von Menschen mit schwerem ABI (Einzelfall), welche in einem Pflegeheim wohnen, hinsichtlich der Lebenszielplanung in der Rehabilitation (Phänomen) zu untersuchen und zu verstehen durch Analyse und Interpretation von Daten aus Interviews.

Stichprobe:

Um welche Population handelt es sich? Menschen mit einer schweren erworbenen Hirnschädigung, die in einem langfristigen Rehabilitations-/Pflegeheim wohnen

Welches ist die Stichprobe? Charakteristiken (genauerer siehe Tabelle)

5 Bewohner des gleichen Pflegeheims

- drei Frauen, zwei Männer
- zwischen 51-62 Jahre
- Diagnosen Schädelhirntrauma oder Schlaganfall/Hirnblutung
- Zeit seit der Verletzung 1.3 – 36 Jahre
- Zeit in der Institution: 1 - 33 Jahre
- Barthel Index: 1-20/20
- 3 der Teilnehmer haben bestehende physische Einschränkungen
- alle 5 haben kognitive Schwierigkeiten (Gedächtnis, abstraktes Denken, Problemlösen, Bewusstsein (awareness), welche massgebend dafür sind, dass die Bewohner nicht mehr selbstständig oder mit der Familie leben können.

Wie wurde die Stichprobe gezogen?

- Keine Angaben, von welchem Heim, welche Nationalität etc.
- Nur Angaben zu Ein- und Ausschlusskriterien, wobei sich die Einschätzung hinsichtlich kognitiver Funktion, kommunikativer Fähigkeit, und Krankheitseinsicht und darauf folgende Ein- oder Ausschluss nicht auf Aussagen Dritter stützte
- **Es gibt nicht verschiedene Studiengruppen.**

Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Nicht begründet aber beschrieben: Die Auswahl der Teilnehmenden scheint anhand der Einschlusskriterien erfolgt zu sein:

- 18-65 Jahre alt
- Schwere erworbene Hirnschädigung (Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Subarachnoidale Blutung), erworben im Erwachsenenalter, mind. 1 Jahr nach der Verletzung
- Wohnen in einer Pflegewohninstitution
- Aktiv involviert in eine zielgerichtete Rehabilitation
- Grundverständnis ihrer Situation (Wissen, dass sie in einer Rehabilitation für eine Krankheit/Verletzung stecken, an der sie leiden)

Ausreichend kognitive und kommunikative Fähigkeiten, um zu verstehen, was eine Teilnahme bei der Studie bedeutet, und um dazu einwilligen zu können (schriftlich mit Unterstützung ihrer Angehörigen)

Datenerhebung:

Welche Strategien/Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet?

- Einmalige semistrukturierte Interviews mit Leitfragen (siehe dazu Tabelle 1; nicht wörtlich und nicht bei allen Teilnehmenden in der gleichen Reihenfolge gestellt) und offenem Ende → Klienten konnten den Verlauf und die Schwerpunkte des Gesprächs grundsätzlich selbst bestimmen.
- Ort: in den privaten Räumen der Teilnehmer
- Durchgeführt durch einen Forscher
- Ca. 60 Minuten

Wie wurden die Daten verarbeitet?

- Digital aufgenommen und wortwörtlich transkribiert

NVivo10 (QSR International, Melbourne, Australia) → Programm um Daten zu managen und zu analysieren

Methodologische Reflexion:

- Qualitativ-interpretativ und phänomenologisch → es wird genannt, dass sie dafür empfohlene Strategien anwendeten (inkl. Quellenangabe Smith, Flowers & Larkin (2009)):
 - o nennen, markieren, beschreiben in der Erläuterung der Datenanalyse für diesen Ansatz typische Vorgehensweisen (z.B. inductive components, ideographic components, interrogative components)
 - o nennen und beschreiben Reflexionsanalyse des hermeneutischen Zirkel
- Machen sich Gedanken zu wissenschaftlichem Rigor
- Versuchen durch Vergleich mit bisheriger Literatur zu prüfen, ob ihre Interpretationen korrekt sind, resp. ob sie etwas vergessen haben

→ insofern reflektiert, warum genau so und nicht anders methodologisch vorgegangen (Begründung: Es handelt sich um empfohlene Strategien) + die Begründung der Wahl des Ansatzes (siehe 1. Abschnitt unter Methoden) → aber keine Reflexion auf Metaebene

Datenanalyse:

Welche Strategien/Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Von Smith, Flowers & Larkin (2009):

Erste Analyse

- durchgeführt durch anleitenden Forscher
- Fokus auf die Bedeutung in den Daten → *inductive components*
 - o Start mit der Analyse der Themen, die in einem Einzelfall vorkamen → *ideographic components*
 - o Erst danach Analyse von Themen in den weiteren Interviews
- Beziehung zwischen und innerhalb der Themen, die in den Interviews auftauchten, wurden mit zunehmend höheren Levels von Konzeptualisierung betrachtet
→ Iterativer und zyklischer Ansatz: Reflexionsanalyse des hermeneutischen Zirkels mit...
 - ... erstrangiger beschreibender Analyse → Förderung des empathischen Verstehen des Erlebens der Teilnehmer
 - ... zweitrangige konzeptuelle Analyse (tiefer interpretativ)
- Danach Transkripte und Themendokumentation peer-reviewed und diskutiert mit zwei akademischen Supervisoren → Steigerung des wissenschaftlichen Rigors

Schlussendlich

- Themen und ihre Bedeutung in Verbindung gebracht mit Resultaten bestehender Forschung um dadurch die eigenen Interpretationen nochmals zu hinterfragen und zu bestätigen. → *interrogative component*
- Resultate werden mit Auszügen aus den Interviews mit den Teilnehmern unterstrichen/verankert und die Autoren nennen, wie sie für die Klarheit und das Verständnis der Interviewauszüge kleine Anpassungen vorgenommen haben und wie diese markiert sind (Klammern, etc.).

Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Betonen Steigerung des wissenschaftlichen Rigors und die Verankerung der Ergebnisse in Interviewzitate, ansonsten keine Reflexion zu Qualität auf Metaebene (z.B. ob und warum die gewählten Ansätze und Vorgehensweisen so sinnvoll/empfohlen sind)

Ethik:

Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?

Sie beschreiben, dass sie sich in der Auswahl der Teilnehmenden nicht durch Dritte beeinflussen liessen. Verwendung von Pseudonymen wird genannt. Als Einschlusskriterium gilt: Ausreichend kognitive und kommunikative Fähigkeiten, um zu verstehen, was eine Teilnahme bei der Studie bedeutet, und um dazu einwilligen zu können (schriftlich mit Unterstützung ihrer Angehörigen)

Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?

Eine Zweigstelle des Gesundheits- und Behinderungs-Ethikkomitees von Neuseeland erachtet die Studie als ein kleines Risiko →kein Review durch das Ethikkomitee notwendig

Ergebnisse

Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.?

Drei untereinander verbundene Themen:

- Being part of things ("Teil von Dingen" sein) →Zentrales Thema
- unchanged, changed and changing (nicht verändert, verändert, verändernd)
- Opportunities arising (aufkommende Möglichkeiten) ausgeglichen.

Ausgeglichen, beide untersuchen/beinhalten:

- *Faktoren, die konstant und vorsichtig/versuchsweise ausbalanciert werden müssen, um das Ziel von sozialer Verbundenheit (social connectedness) zu erreichen
- **Konzepte betreffend vergangene, gegenwärtige und zukünftige Selbst-Identität (self-identity) der Teilnehmenden
- ***Konzepte betreffend Barrieren und Vereinfacher von sozialer Teilhabe im Umfeld der Teilnehmenden (social engagement)

→in der Studie ist ein Beispiel, wie diese drei Themen miteinander zusammenhängen können
Eine Frau, die nicht zu ihrer alten Art zu leben zurückkonnte, weil die Möglichkeit dafür gar nicht aufkommen konnte, resp. sie sich sich verunmöglichte, weil (1) sie beschäftigt war durch die Bewältigung des veränderten körperlichen Zustands, (2) weil sie von ihrer Familie weg war, (3) weg vom familienorientierten Handeln. Sie fühlte sich damit sehr isoliert und hatte dadurch keine Möglichkeit, die Dinge so zu tun wie früher.... →Bezug zu vergangener und gegenwärtiger Selbst-Identität**, plus Vereinfacher von sozialer Isolation***, Situation war nicht gut ausbalanciert und endete in sozialer Isolation*

Thema 1 „Teil von Dingen“ sein

- Wunsch innerhalb ihrer sozialen Beziehungen aktiv integriert, verbunden und beegendend sein →sehen sie als Wichtigstes des Lebens....
- ob sie das erreichen, machen sie an Erfahrungen im sozialen und aktivitätsbezogenen Kontext fest
- starkes Unterthema: Durch Verfügen über Rollen fähig sein, aktiv den Beziehungen beizutragen und nicht einfach nur Unterstützung und Pflege zu erhalten.
 - *Intime Verbundenheit durch Familienbeziehungen (Intimate connectedness through family relationships):*
 - Soziale Unterstützung (social support) innerhalb der Familie und Beziehungen zwischen den Familienmitglieder →Teilnehmer werten es als sehr wichtig in Bezug auf das Erleben des Erreichens von Lebenszielen.
 - Starker Wunsch für die Familie erreichbar/verfügbar zu sein, in jedem Fall →dient als Ziel für die eigene Rehabilitation
 - Ausleben der Rolle als Versorger (Essen kaufen, Geldgeschenke machen, nur Freundschaft als Gegenleistung, ein Essen kochen für die Kinder)
 - Möglichkeit über intime Verbindungen dem Familiensystem beizutragen→gegenseitig zueinander schauen
 - *Verbundenheit in Beziehungen durch Freundschaften (Relational connectedness through friendships):* →Wichtiges Lebensziel
 - Spontanität in der Freundschaft
 - Praktische Unterstützung durch Freunde
 - Wichtigkeit von Freundschaften um ein Gefühl von Zugehörigkeit zu entwickeln
 - Diese Beziehungen tragen zu Wahrnehmung von Bedeutung und Ziel bei und somit zum Selbstkonzept (self-concept)

- Wunsch für persönliche Beziehungen und soziale Verbindungen mit Menschen ausserhalb des Rehabilitations- & Pflegeheims (z.B. mit Freunden aus der Zeit vor der Hirnverletzung)
 - Regelmässige und spontane Kontakte zwischen Teilnehmenden und Freunden von ausserhalb des Heims wird geschätzt (z.B. vorbeikommen, Telefonate)
 - Freunde bieten auch förderliche Unterstützung und Assistenz, u.a. in der Rolle als Vermittler von sozialer Verbindung mit anderen → diese Freundschaften tragen zu einem Gefühl bei, Teil einer sozialen Gruppe zu sein (inkludiert und integriert).
 - Freunde ermöglichen damit sich „sozial und beschäftigt“ zu fühlen → hilft in Tages- und Wochenstruktur.
- *Gemeinschaftliche Verbundenheit Bürgersein (Collective connectedness through citizenship)*
 - Nicht nur Unterstützung erhalten sondern auch zu etwas grösserem oder für jemandem etwas beitragen (z.B. durch ändern helfen (ist teilweise ein grosser Wunsch))

Thema 2 Nicht verändert, verändert und verändernd

- Steht in Verbindung mit dem Selbst-Konzept (self-concept) im Kontext der Lebensziele nach ABI
- Komplexe Präsentation der Person als:
 - *nicht verändert (unchanged) hinsichtlich Lebensziele:*
 - Erfahrung von Kohärenz/Zusammenhang bezüglich Werte und Persönlichkeit, persönliche Stärken, Unsicherheiten, Fähigkeiten (=Selbst-Konzept (self-concept), z.B. laut, kontaktfreudig)
 - *verändert (changed): als ein Individuum*
 - Dramatische, plötzliche Veränderungen: Häufig erlebt bezüglich Abhängigkeit von der Assistenz durch andere im täglichen Leben (z.B. durch Hemiplegie Auswirkungen auf die eigene Unabhängigkeit in körperlichen Aufgaben) → wird als schrecklich, frustrierend erlebt plötzlich so stark und unverhinderbar abhängig zu sein im Vergleich zu früher
 - in vielen Punkten hinsichtlich Lebensziele gleich geblieben, aber Fähigkeit die Lebensziele zu erreichen hat sich massgeblich verändert
 - Kontinuierliche Veränderung über längere Zeit (z.B. mehrere Jahre): Zunahme der Wahrnehmung und Awareness hinsichtlich ihrer Unfähigkeit zu ihrem Leben vor ABI zurück zu kehren wahrnehmen (sehr aufwühlend, z.B. immer wieder in der Nacht feststellen, dass Kinder nicht da):
 - Abhängigkeit von anderen in körperlichen Aufgaben
 - Verlust von Kraft
 - Verändertes Bild von sich selbst
 - Unfähigkeit Coping-Strategien aus der Vergangenheit nutzen
 - Gefühl von stehen bleiben, isoliert und eine Last für andere sein
 - Fehlende („aufgelöste“) Freundschaften ausserhalb des Rehabilitations- und Pflegeheims
 - Gefühl von Abkoppelung, Isolation (Gefühl von ausserhalb des Heims ist das Leben ohne die Betroffenen weitergegangen)
 - *weiterhin verändernd (changing, continuing to change) als ein Individuum*
 - plötzlich und kontinuierlich
 - Phase von fortschreitender Entwicklung und Genesung (z.B. zuerst nicht mehr laufen, reden oder irgendwas tun können und nun soweit, dass Teilnehmerin wieder arbeiten kann)
 - Kreieren von neuen „Drehbüchern“ (scripts), welche ein werdendes Bild des Selbst widerspiegeln, verbunden mit der Wahl von Lebenszielen → Entstehung einer neuen Selbst-Identität (self-identity) und einer Geschichte darum herum
 - auftauchendes Verständnis des Selbst im Kontext von Lebenszielen nach ABI
 - eine fortschreitende persönliche Entwicklung durch die Lebensspanne
 - Konzept von Entwickeln und Wachsen steht in Kontrast zur Ansicht die maximale körperliche Genesung erreicht zu haben (Abflachung des Fortschritts)
 - darin auch Möglichkeiten sehen, resp. die Veränderungen schätzen (z.B. alte schlechte Gewohnheiten, wie Trinken, ablegen; Entwicklung zur moralischen Person)
 - Entwicklungen im Gebrauch oder Nicht-Gebrauch von Strategien um Lebensziele zu erreichen
 - (Un-)Fähigkeit selbst Lösungen zu identifizieren und aufzubringen
 - Abhängigkeit im Aufbringen von Lösungen
 - z.B. Lösungsvorschlag durch Unterstützung einer Person im Hintergrund, die Möglichkeit haben selbst anderen zu helfen VS. Aussage, dass alles vom Betreuer abhängt)
 - Erhalten und Wiederaufbauen von Hoffnung in Anbetracht der Realität
 - Nebeneinander bestehen:

- Hoffnung für wahrscheinlich unerreichbare Ziele (wieder laufen können, plötzlich aufstehen können, obwohl bis jetzt jahrelang ein Rollstuhl notwendig war)
- Hoffnung für mehr generalisierte Zustände, die potentiell eher erreichbar sind (aus dem Rollstuhl zu kommen)
- Ambivalenz/Mehrdeutigkeit/Unklarheit zwischen der aktuellen Realität und zukünftiger Hoffnung schien verbunden durch sich verändernde Erwartungen der Teilnehmenden: von konkreter Hoffnung für Recovery → mehr generalisierte Hoffnung für die Zukunft

Thema 3 aufkommende Möglichkeiten

- Einfluss des Umfeld der Teilnehmenden auf die Erreichung von Lebenszielen
- *Aufmerksamkeit auf Lebensziele im Rehabilitations- und Pflegeheim* → Mehrdeutige Aussagen:
 - Gar keine Aufmerksamkeit darauf, Fokus der Genesung eher auf körperliche Rehabilitation gelegt
 - Wichtigkeit mit Angestellten Lebensziele diskutieren zu können:
 - Notwendiger und wesentlicher Teil, damit sich Angestellte und Klienten gut verstehen
 - Wichtigkeit, die Gefühle zu verschiedenen Themen und Aufgaben auszudrücken, damit Angestellte den Klienten als ganze Person kennen
 - Widerwille mit den Angestellten über Lebensziele zu reden:
 - wollen nicht belasten und nicht nerven, da sie im Alltag sonst schon viel von den Angestellten benötigen
 - Wahrnehmung, dass die Angestellten die Lebensziele anders priorisieren würden (weniger wichtig werten)
- Fähigkeit bedeutungsvolle Interaktionen und *Verbindungen mit ihrem sozialen Netzwerk* und der weiteren Gesellschaft zu beginnen und zu erhalten → Sich isoliert von ihrem sozialen Netzwerk fühlen:
 - Physische und emotionale Distanz als Resultat nicht zu Hause leben und nicht täglich die Familie um sich herum zu haben
 - Schwierigkeiten neue Freunde zu finden und mit ihnen verbunden zu bleiben (z.B. keine Möglichkeit diese auch zu sich einzuladen)
 - Abhängig von anderen → z.B. wenn abhängig von den Angestellten in der Initiierung und Ermöglichung von täglichen Aktivitäten, Aufgaben und der Bestimmung des Tagesinhalts → Angestellte als einschränkende und kontrollierende Torwächter wahrnehmen (vgl. weiter unten*)
- *Neue Möglichkeiten für bedeutungsvolle Betätigung und Partizipation* werden als wichtig gewertet, von denen, die durch Betätigungsrollen (z.B. Arbeitsrolle) neue, anpassungsfähige, persönlich herausstechende Bedeutungen entwickeln und festigen (Bedeutung und Tun innerhalb der Betätigungsrollen eng miteinander verknüpft) → Tragen zur Erreichung von Lebenszielen bei durch:
 - spezifische Aufgaben
 - Stolz, Freude, Gefühl von Leistung sowohl in der Freiwilligen als auch in der bezahlten Arbeit
 - Teilnehmer betont, dass das Gefühl des Selbst (sense of self) nach TBI durch die Aktivitäten in denen er eingebunden war, aufgekommen ist
 - Teilnehmerin erfährt durch Teilzeitarbeit eine gewisse Unabhängigkeit
 - soziale Interaktion rund um die Aufgabe herum
 - z.B. Freude und soziales Verbundensein bei Freiwilligenarbeit
 - vereinfacht das in Kontakt treten mit Menschen
- Systeme und Prozesse innerhalb de Rehabilitations- und Pflegeheims → als Barriere und als Vereinfacher
 - Risikomanagementsysteme vs. Autonomie, **Wahl und Kontrolle**: Kognitive Beeinträchtigungen (Gedächtnis, Orientierung, etc.) beeinflussen tägliche Funktionen → Bedarf von 24-h-Überwachung (meist Grund für den Heimaufenthalt) → entsprechend für jeden Teilnehmer Risiken identifiziert und gemanagt: Z.B. nicht möglich Kleider zu kaufen ohne die Erlaubnis oder die Unterstützung durch Angestellte, keine unabhängigen und spontanen Entscheidungen über tägliche Aktivitäten (Tagesablauf, wohin, wann, was) machen dürfen
 - fehlende Möglichkeiten, Hindernisse für Autonomie bei Entscheidungen, Einschränkungen der **freien Wahl, der Kontrolle** und der Entscheidungen → Einschränkungen der Unabhängigkeit (insbesondere bei Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen, obwohl deren Bedürfnis nach Unabhängigkeit und freien Wahl ein wichtiger Wert darstellt, auch wenn den Betroffenen durchaus die Notwendigkeit der Sicherheit und des Risikomanagements bewusst ist, empfinden sie es als ungerechtfertigt, keine unabhängigen Entscheidungen machen zu dürfen)
 - Die Rolle der Angestellten als Vereinfacher und/oder als Torwächter → ebenfalls eng verknüpft mit **Wahl und Kontrolle**

- Angestellte als zur Verfolgung von Lebenszielen hindernd wahrgenommen (z.B. wenn bei voller Abhängigkeit von den Angestellten in der Initiierung und Ermöglichung von täglichen Aktivitäten, Aufgaben und der Bestimmung des Tagesinhalts, wenn Angestellte nicht verfügbar sind, oder wenn sie als die Möglichkeiten kontrollierend wahrgenommen werden)
- Angestellte als zur Verfolgung von Lebenszielen beitragend wahrgenommen:
 - Wichtigkeit von externer Bestätigung durch die Angestellten z.B. in Form von Anerkennung bei der Erreichung von kleinen Zielen, Beschreibung von Erfolgen, Unterstützung und Ermutigung für kleine Gewinne → vermittelt Vertrauen in die Person als Ganzes
 - Bedürfnis und Wichtigkeit ihre Ideen und Ziele den Angestellten mitzuteilen → Unterstützung durch Angestellte und Freunde gibt den Teilnehmenden: Gefühl von Motivation und Strategien um ein hohes Maß an Eingebunden sein und Partizipation in täglichen Aktivitäten zu aufrecht zu erhalten

Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmefälle, Teilnehmergeschichten? Fliesstext mit Zitaten (zu fast jedem Thema mindestens ein Zitat), Text strukturiert nach Themen und Unterthemen, kursiv sind die Themen und Unterthemen veranschaulicht oder sonstige Statements, die es hervorzuheben lohnt. Da stets die Namen der Teilnehmenden aufgelistet sind, lassen sich daraus auch in einer Art Teilnehmergeschichten herauslesen.

Diskussion

Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur?

- Die Wichtigkeit von „Teil von Dingen“ sein → Lebensziele hauptsächlich in Verbindung mit sozialen Verbundenheit beschrieben:
 - konsistent mit bestehender Literatur: Beziehungen sind von hoher Wichtigkeit für Menschen mit neurologischen Einschränkungen (5 Quellen). @Es wird darauf hingewiesen, dass Menschen starke, gegenseitige Beziehungen mit nahestehenden Menschen brauchen, mit denen sie ihre Gefühle, Probleme, Ideen und Sehnsüchte besprechen/teilen können (1 Quelle).
 - vorliegende Studie zeigt auf, dass die Teilnehmenden die Rehabilitation als vor allem auf die instrumentellen Aktivitäten (Selbsthilfe, etc.) ausgerichtet, wahrgenommen haben und @dass sie sich mehr Unterstützung im affektiven Bereich gewünscht hätten.
 - Gegenseitigkeit in sozialen Beziehungen scheint ebenfalls wichtig: Dem Leben anderer beitragen, statt nur Pflege erhalten. Ein Freund sein, nicht nur einen Freund haben.
- Selbstidentität (self-identity) und Soziale Identität (social identity):
 - Selbstidentität seit kürzerem im Fokus der ABI Literatur (6 Quellen):
 - Beeinflusst Wahl von Zielen im Leben (1 Quelle)
 - Hilft Menschen dem Leben, das sie führen, Sinn zu geben (1 Quelle)
 - Thema 2 (unverändertes, verändertes, veränderndes Selbst) unterstützt die Annahme, dass Veränderungen in körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Funktionen einen tiefen Einfluss auf das Selbst-Konzept (self-concept) und auf die Fähigkeit nach einer Hirnverletzung wieder einen Selbstsinn aufzubauen haben. (4 Quellen)
 - @→ Identitätsbildung ist also ein Thema für die Rehabilitation (1 Quelle)
 - In Rehabilitationsliteratur auch ein zunehmendes Verständnis der Wichtigkeit von Sozialer Identität (4 Quellen): Die Social Identity Theory weist darauf hin, dass Partizipation im sozialen Umfeld das Mittel ist, mit dem wir unsere Identitäten realisieren (2 Quellen)
 - @→ Es ist wichtig die Konzeptualisierung des Selbst nicht nur isoliert zu betrachten, sondern auch zu bedenken, wie soziale Identität zum gesamten Selbstsinn und Wohlbefinden beiträgt
- Auswirkungen durch ein Mangel von sozialer Verbundenheit:
 - Bisherige Literatur zeigt:
 - Wir sind tief betroffen von den sozialen Beziehungen, die wir mit anderen bilden (1 Quelle)
 - Soziale Isolation kann verheerende Auswirkungen haben auf Resilienz, Gesundheit und Wohlbefinden (1 Quelle)
 - Soziales Eingebundensein scheint ein signifikanter und zuverlässiger Indikator für psychologisches Funktionieren, gesellschaftliche Integration, familiäres Funktionieren, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität (1 Quelle)

- Sogar in Fällen, in denen gesundheitsschädigende Variablen vorkommen, haben soziale Beziehungen einen unabhängigen Einfluss auf gesundheitliche Ergebnisse (2 Quellen)
- In der allgemeinen Bevölkerung haben soziale Beziehungen einen vergleichbaren Effekt auf die Sterblichkeit (Mortalität) wie das Aufhören von Rauchen, Strategien gegen Übergewicht, hohen Blutdruck und körperliche Inaktivität. (1 Quelle)
- Mangel an sozialen Beziehungen (v.a. solche die emotionale Unterstützung leisten) ist ein signifikanter und zuverlässiger Indikator für Depression bei Menschen mit TBI (1 Quelle)
- Wenig Forschung hinsichtlich der Effektivität von Interventionen, die auf die Entwicklung von sozialer Verbundenheit von Menschen nach TBI abzielen → aber 1 Quelle, die zeigt, dass soziales Verbinden und die Teilnahme an Gruppen basierten gesellschaftlichen Aktivitäten einen Unterschied machen in einer Gruppe von Menschen nach
- @ Soziale Unterstützung (v.a. Qualität der Interaktion und Häufigkeit des Kontakts) sollte in akuten und chronischen Rehabilitationsprogrammen im Fokus stehen (1 Review zur Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Schlaganfallpatienten)
- Wird unterstützt von den Ergebnissen der vorliegenden Studien:
 - @ Die Erfahrungen der Teilnehmenden legt nahe, dass in der Rehabilitation darüber nachgedacht werden sollte, den Fokus der funktionellen Rehabilitation auszuweiten und die Soziale Identität mit zu berücksichtigen
 - @ Entwicklung und Validierung von theoretischen Rahmenkonzepten und klinischen Instrumenten, welche auf die Ermutigung und Aufforderung von sozialen Beziehungen nach ABI abzielen, werden benötigt
- Intra-personelle Faktoren:

Bisherige Literatur zeigt den Einfluss von Gedächtnis und Kognition auf die Identifikation und das Erreichen von Lebenszielen. → Vorliegende Studie zeigt zwar: Andauernde Auswirkungen von Beeinträchtigungen hatten einen Einfluss auf die Identifikation und Aktualisierung von Lebenszielen. Aber: Trotzdem konnten die Teilnehmenden ihre Lebensziele und sich selbst als Person ausdrücken (auch wenn sie Schwierigkeiten hatten den Gegenstand ihrer täglichen Aktivitäten, kurzzeitige Ziele oder bedeutungsvolle Aktivitäten zu artikulieren) → Sogar für solche mit schweren Gedächtniseinschränkungen kann das Leben zielgerichtet sein und Lebensziele können benannt und diskutiert werden. Teilnehmende konnten über ihre Aktivitätswünsche sprechen, die sich mit übergeordneter Bedeutung und Identität verbinden lassen, auch wenn sie diese nicht klar in Bezug zu spezifischen kurzzeitigen Zielen benennen konnten

→ Mögliche Erklärung: Autobiographisches Gedächtnis beinhaltet semantische und episodische Komponenten (beide unterstützen die Identitätsbildung) → trotz schwerem Verlust von episodischen Gedächtnis, basierend auf ausschliesslich semantischen Gedächtnis, kann ein Selbstsinn (sense of self) erhalten bleiben, auch wenn die Wahrnehmung dieses Selbstsinns qualitativ anders sein kann

Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Nicht direkt, da es keine Forschungsfrage gibt, nur das Ziel der Forschung

Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?

- Ergebnisse unterstützen stetig wachsende Menge an Literatur, die den Fokus auf soziale Identität von Personen mit ABI
- Limitationen:
 - Ideographischer Ansatz → Ergebnisse können nicht im statistischen Sinne generalisiert werden auf andere Populationen
 - Alle Teilnehmenden waren Bewohner des gleichen Heims → anderes Heim, evtl. andere Möglichkeiten, andere Prozesse → evtl. ganz andere Erfahrungen der Bewohner
 - Sensibilität der Forschenden auf theoretische Konzepte und Ideen haben bei der Gewinnung und Interpretation der Daten bestimmt auch einen Einfluss → Forscher haben jedoch Prozesse angewendet um die Selbst-Reflexion während der Studie zu erhöhen (Daten von Peers überprüft, Gruppendiskussionen und Memoing) und damit die Zuverlässigkeit/Vertrauenswürdigkeit des Analyseprozesse, sowie die Glaubwürdigkeit der schlussendlichen Forschungsberichte zu verbessern.

Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Praxis?

Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?

- In der Diskussion markierte Punkte (@)

- Personen-zentrierte Pflege:

- braucht tiefgründige und offene Diskussionen über Lebensziele
- Dialog über die Werte und Präferenzen der Individuen sollte geführt werden
- Eingeschlossen werden könnte, wie spezifische Rehabilitationsaktivitäten die Individuen darin bestärken können, wer sie sind
- Eingeschlossen werden könnte, wie spezifische Rehabilitationsaktivitäten helfen können sich als „Teil von Dingen“ zu fühlen →Achtung: Teilnehmen bedeutet nicht, dass man sich automatisch auch als dazugehörig wahrnimmt. (physische Integration ≠ soziale Integration) →Zugehörigkeitsgefühl = einzigartige, individuelle Wahrnehmung, die von Gefühlen von Werten, Respekt und Passung abhängt.

→Idealerweise Aktivitäten sollten...

...verbunden sein mit den eigenen Präferenzen der Person

...geformt durch deren Lebensziele und höhere Repräsentation des Selbst

...nicht erlauben, dass professionelle Ziele über die Sehnsüchte der Person mit ABI dominieren

→Priorisierung und Promotion des Verständnisses und der Erfahrungen der Klienten gegenüber professionellen Assessments und objektivem Verständnis

- Braucht Fokus auf Stimmigkeit zwischen täglichen Aktivitäten und den Lebenszielen der Person

- Stimmigkeit bezüglich dem hierarchischen Link zwischen untergeordneten Behandlungszielen und übergeordneten Zielvorgaben (Lebensziele) sollte klar gemacht werden

- Alternative Strategien um übergeordnete Ziele zu erreichen sollten geplant werden angesichts von funktionelle Einschränkungen

- Strategien und technologische Interventionen, die die Integration von Erfahrungen in die persönliche und soziale Identität und höhere Repräsentationen des Selbst unterstützen, sind erforderlich

→ein mögliches Beispiel für einen systematischen Prozess, der in der Erreichung von Lebenszielen hilfreich sein könnte in dieser Population ist: Metaphoric Identity Mapping → hilft persönliche Ziele zu setzen, die konsistent sind mit einem Identitätsgefühl, das sie schätzen

- erfordert darüber nachzudenken, wie sich Lebensziele für die individuelle Person im Laufe der Zeit verändern oder wie sie neu priorisiert werden

→ABI sollte unbedingt als chronische gesundheitliche Bedingung oder als einen Krankheitsprozess gesehen werden und nicht wie ein einmaliges Ereignis

→Rehabilitation sollte längerfristige Bedürfnisse der Personen mit ABI bedenken und nicht nur die Wiederherstellung von Funktionen direkt nach der Verletzung fokussieren

Schlussfolgerung:

Ergebnisse unterstützen, worauf auch zunehmend mehr Literatur hinweist: Den Fokus auf die soziale Identität der Person mit ABI und die Aufmerksamkeit auf deren veränderndes Milieu.

→Um Menschen in der Erreichung ihrer Lebensziele nach ABI zu unterstützen:

- Weiterfahren in der Entwicklung von theoretischen Rahmenkonzepten und Interventionen, die die Menschen hinsichtlich sozialer Beziehungen und sozialer Identität während ihrem Leben besser unterstützen

- Aufmerksam sein, dass das Umfeld der Person auch nach schweren ABI sich verändert und dass Menschen in Pflegeheimen nach ABI eine zunehmende umweltbedingte Unterstützung, sowie kreative Lösungen benötigen um die Erreichung von Lebenszielen zu erleichtern

Aufmerksamkeit gegenüber Lebenszielen wird es der zukünftigen Forschung und Theorie ermöglichen repräsentativer und empfänglicher auf die Erfahrungen von Menschen zu sein, die Dienste und Unterstützungen nach ABI in Anspruch nehmen müssen.

Würdigung der Studie Martin et al. (2015)

Einleitung

- Relevanz der Fragestellung wird begründet mit Einbezug von Literatur => schwer erworbene Hirnschädigung = häufigster Grund für Behinderung/ Tod bei Erwachsenen, Auswirkungen sind Unterbrechung von Lebenszielen, Bedrohung der Selbst-Identität, Veränderungen Selbst-Konzept => Einfluss Lebensqualität und welll-being

- Forschungslücke wird aufgezeigt => wenig Literatur zu Vorteilen von Miteinbezug der Lebenszielplanung in die klinische Rehabilitation (neurologische Einschränkungen), bisherige Forschung zu Lebenszielen bezieht sich v.a. auf 1-2 Jahre der Reha, Anpassung ABI aber längerer Prozess
- Wichtigkeit personenzentrierter Rehabilitation => bis jetzt wenig Forschung zu Zielen aus Perspektive des „End-User“ → Schlussendlich ist Signifikanz der Arbeit diskutiert
- Phänomen ist nachvollziehbar beschrieben, Begriffe wie Lebensziele werden erklärt und als Phänomen mit seinen Auswirkungen auf Wohlbefinden literaturbasiert beschrieben, Auswirkungen ABI und Forschungslücke literaturbasiert aufgezeigt
- Ziel wird deutlich formuliert (gelebte Erfahrungen und wahrgenommene Lebensziele aus Perspektive einer bestimmten Personengruppe – hier Menschen mit schwer erworbener Hirnschädigung-, welche in Langzeit-Rehabilitations-Setting sind, zu erforschen) => im Anschluss der Forschungslücke hergeleitet und begründet
- Konkrete Fragestellung nicht als solche ausformuliert

Methoden

Ansatz/Design:

- Ziel sind erlebte Erfahrungen und wahrgenommene Lebensziele aus Perspektive der Betroffenen, daher ist qualitatives Forschungsdesign angemessen => interpretative phänomenologische Analyse
- Wahl des Designs wird kurz begründet (Phänomen = Erleben von Menschen mit schwer erworbener Hirnschädigung)

Stichprobe:

- *Stichprobenziehung*: Angaben zu Ein- und Ausschlusskriterien => Einschätzung zu ausreichend kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten basiert auf der Fähigkeit zu verstehen, für was man sie anfragte, als man sie fragte, ob sie an der Studie teilnehmen wollen (ermittelt durch Mitarbeitende der Klinik) und der Fähigkeit schriftliche Zustimmung zu erteilen mithilfe ihrer Angehörigen. , keine Einschätzung von Drittpersonen, um TN auszuschliessen, da es Absicht war, auch Personen mit kognitiven Einschränkungen einzuschliessen, um herauszufinden wie diese mit möglicher Anstrengung von Lebenszielen umgehen
- *Prozess der Rekrutierung* ist nicht ganz nachvollziehbar: es ist nicht genau nachvollziehbar, man weiss nicht, wie viele Personen in Frage gekommen wären, bzw. wie viele Personen ausgeschlossen werden mussten → Keine genaueren Angaben zu der Rekrutierung (z.B. warum für dieses Heim entschieden für diese Population? Wie genau vorgegangen beim Ein- und Ausschliessen (alle TN persönlich besucht und eingeschätzt?), TN gaben schriftliches Einverständnis, freiwillige Teilnahme
- *Repräsentativität*: Stichprobe ist repräsentativ für Erwachsene mit schwer erworbener Hirnschädigung, Variation bezüglich Alter, Diagnose, Dauer seit dem Ereignis, Personen stammen jedoch alle aus demselben Pflegeheim, kleine Stichprobe, → Stichprobe ist passend, aber nicht vollständig repräsentativ, da nicht verallgemeinerbar für die gesamte Population, die man aus dem formulierten Ziel schliessen kann.
- *Stichprobengrösse*: Mit 5 Personen kleine Stichprobe, Autoren nehmen keine Stellung ein zu Grösse der Stichprobe, Stichprobengrösse ist jedoch angemessen, da es sich um ein qualitatives Design handelt mit dem Fokus auf das subjektive Erleben und Wahrnehmen der Betroffenen, für Methode angemessen, Ergebnisse sind aber nicht generalisierbar
- *Beschreibung der Teilnehmer*: Charakteristiken der TN sind ausreichend beschrieben, in Tabelle dargestellt, Barthel Index Score (Erfassung Selbstständigkeit Alltagsfertigkeiten) → ABER: Keine Angaben, von welchem Heim, Nationalität, etc. die Probanden stammen
- *Passung Informanten*: Stichprobe scheint passend um das gewünschte Phänomen zu erforschen, Autoren beschreiben dies mit Ein- und Ausschlusskriterien, ohne jedoch zu begründen, warum genau diese Ein- und Ausschlusskriterien und somit auch keine genauere Begründung der Auswahl der TN
- *Setting*: wird beschrieben (unklar, ob es so ein Setting in dieser Form in der Schweiz gibt)

Datenerhebung:

- Datenerhebung ist passend zur Fragestellung (individuelles Erleben und Wahrnehmen)

- Durch einmalige Erhebung ist eine Datensättigung nicht klar gegeben, Autoren erwähnen diesen Aspekt auch nicht
- Beispiele der Fragen sind aufgelistet und auch sonst ist Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben
- Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird in der Beschreibung des offenen Interviewendes und der selbstbestimmten Gestaltung des Interviewverlaufs durch die Teilnehmenden aufgezeigt

Methodologische Reflexion:

- Autoren erwähnen, dass sie qualitativ-interpretativ und phänomenologische Analyse angewendet haben und Strategien dazu berücksichtigt haben (inkl. Quellenangabe: Smith, Flowers & Larkin, 2009)
- Nennen und beschreiben die Reflexionsanalyse des hermeneutischen Zirkels umfassend
- Überprüfen durch Vergleiche mit bisheriger Literatur, ob ihre eigenen Interpretationen korrekt sind, bzw., ob sie etwas vergessen haben
- Philosophischer Hintergrund wird dargestellt, methodisches Vorgehen stimmt mit dem gewählten qualitativen Forschungsansatz überein, Methode ist für das Phänomen geeignet

Datenanalyse:

- Nach empfohlenen Strategien der interpretativen phänomenologischen Analyse, inkl. Quellenangabe
- Schritte der Datenanalyse werden präzise und grösstenteils nachvollziehbar und angemessen genau beschrieben (viel Fachbegriffe)
- Forschende betonen Steigerung des wissenschaftlichen Rigors und Verankerung der Ergebnisse in Interviewzitate, was die Analyse glaubwürdig erscheinen lässt
- Analytische Entscheidungen sind nicht dokumentiert und somit auch nicht überprüfbar

Ethik:

- Verwendung von Pseudonymen
- Keine Einwilligung durch Ethikkomitee, da Zweigstelle des Gesundheits- und Behinderungs-Ethik-Komitee von Neuseeland die Studie als kleines Risiko erachtet
- Forschungspersonen beschreiben nichts zu der Beziehung zwischen Autoren und TN, ansonsten alle relevanten ethischen Fragen diskutiert

Ergebnisse

- Ergebnisse sind nach Themen und Unterthemen strukturiert und jeweils mit mindestens einem Zitat unterlegt, sie sind zum Kontext passend gewählt, logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar, durch Auflistung von Namen zu den Zitaten lassen sich eine Art Teilnehmergegeschichten herauslesen, →Kategorien/ Themen sind durch Zitate illustriert und bestätigt
- Hauptergebnisse, Themen und Unterthemen sind in einer Tabelle dargestellt →übersichtlich
- Ergebnisse reflektieren Reichhaltigkeit der Daten, da viele verschiedene Themen beleuchtet werden, Autoren erwähnen z.T. Widersprüche im Datenmaterial (z.B. zu Fähigkeit mögliche Strategien für die Lebensziele zu identifizieren, Fazilitation/ Barriere des Systems), was zu umfassender Datensammlung und Reichhaltigkeit beiträgt
- Die Konzeptualisierung und entsprechenden Erläuterungen erklären die Widersprüche im Datenmaterial nachvollziehbar und vereinen sie in der beschriebenen Konzeptualisierung der Themen
- Kategorien/Themen beleuchten das Phänomen erlebten Erfahrungen und Wahrnehmungen von Lebenszielen aus der Perspektive von Menschen mit schwerer erworbener Hirnschädigung, die im Setting einer längerfristigen stationären Rehabilitation leben von verschiedenen Seiten und erklären es als Ganzes (inkl. Widersprüche)
- Konzeptualisierung der Forschenden stimmen grundsätzlich mit Daten überein, da Zusammenhang der Themen untereinander mit einem Zitat veranschaulicht, jedoch scheinen die Verbindungen unter den Themen nicht offensichtlich (ist auch aus der Darstellungs-Tabelle der Ergebnisse nicht klar zu erkennen →Themen in sich jedoch klar und verständlich)

Diskussion

Diskussion und Interpretation:

- Wichtigkeit der Ergebnisse werden in Verbindung mit bestehender Literatur gesetzt, Autoren beziehen viele Quellen mit ein
- Ergebnisse tragen zu einem besseren Verständnis des Phänomens bei, beleuchten Perspektive von Betroffenen, Meinung und Einstellungen, was für diese wichtig ist bezüglich Lebensziele => es ist allerdings nicht deutlich klar, ob TN tatsächlich von „Lebenszielen“ gesprochen haben, oder ob die Autoren, das was die TN als wichtig in ihrem Leben genannt haben, als „Lebensziele“ bezeichnet haben => dies würde auf eine mögliche nicht ganz korrekte Darstellung der Ergebnisse deuten (Validität der Studie ist angreifbar)
- Einzelne Themen werden nachvollziehbar begründet und unter Einbezug von Literatur diskutiert, viele Aspekte der Ergebnisse werden jedoch nicht diskutiert oder begründet → Fokus weniger auf besserem Verstehen der einzelnen Ergebnisse, mehr auf schlussfolgernde oder weiterführende Diskussion → führt schlussendlich zu einem umfassenden Eindruck zu den Themen rund um das Phänomen, jedoch weniger zu einem tieferen Einblick ins Phänomen → Ergebnisse werden in Bezug zu empirischer Literatur zum Phänomen und verschiedenen, mit dem Phänomen in Verbindung stehenden Themen, die in der Arbeit auftauchen, gesetzt.
- Konzeptionelle Literatur zum Phänomen wird wenig genannt, Konzeptionalisierung aus den Ergebnissen wird kaum erläutert
- Ergebnisse bestehender Literatur werden durch Ergebnisse dieser Studie bestätigt => Fokus der funktionellen Rehabilitation soll ausgeweitet werden und Soziale Identität soll mitberücksichtigt werden
- Es gab keine konkrete Forschungsfrage, welche es zu beantworten gab => Forschungsziel (Forschungslücke im Bereich Erleben von Lebenszielen von Menschen mit TBI, in stationärer Langzeit-Reha) ist bekannt => laut Autoren unterstützen die Ergebnisse die stetig wachsende Menge an Literatur mit dem Fokus auf die Soziale Identität von Personen mit erworbener Hirnschädigung, zudem diskutiere sie verschiedenes zum Thema Lebensziele → Füllen Forschungslücke und machen Verbindung zu bestehender Literatur → unterstützt Zielerreichung
- Autoren greifen in der Diskussion das Ziele, bzw. die Beantwortung der Fragestellung nicht direkt auf, äussern sich nicht dazu => Schwerpunkt der Diskussion liegt v.a. bei Praxisimplikationen (nähere Erklärung und Diskussion der Konzepte aus den Ergebnisse kommt dadurch ein wenig zu kurz und auch die Zielerreichung wird nicht näher aufgezeigt)

Schlussfolgerungen und Anwendung in der Praxis:

- Forschende sind sich gewisser Limitationen bewusst, legen diese offen (durch ideographischen Ansatz keine Verallgemeinerung auf andere Populationen möglich, alle TN aus einem Pflegeheim, Empfindung/ Sensibilität der Forschenden (theoretische Konzepte, Wahrnehmung, Interpretation, Erfahrungen) hat Einfluss auf Interpretation der Daten => trotzdem wird beschrieben, dass Prozesse zur Selbst-Reflexivität angewendet wurden (Peer-Review, Gruppendiskussionen, Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien, Memoing) => Beitrag zur Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit
- Bereits während Diskussion werden Praxisimplikationen diskutiert und mit Evidenz untermauert und bestärkt in ihrer Relevanz
- Schlussfolgerungen und Implikationen sind nachvollziehbar dargestellt und aus den Ergebnissen hergeleitet, werden jedoch nicht in Bezug mit dem Forschungsziel gesetzt
- Schlussfolgerungen lassen sich in der Praxis in der Rehabilitation, v.a. mit Personen nach schwer erworbener Hirnschädigung, anwenden für verschiedene Gesundheitsprofessionen (besonders auch Ergotherapie – wird nicht spezifisch genannt, da stark auf Aktivitäten, sozialer und räumlicher Kontext und Zielsetzung eingegangen wird.

Güte nach Flick und Steinke (2010) der Studie Martin et al. (2015):

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

- Vorverständnis der Forschenden indirekt diskutiert, da Autoren ihre eigene Interpretation der Daten reflektieren, indem sie Bezug zum hermeneutischen Zirkel nehmen => methodologische Reflexion ersichtlich
- Bestehendes Wissen zum Thema/ Phänomen wird literaturbasiert aufgezeigt
- Forschungskontext und Erhebungsmethoden sind dargelegt
- Schritte der Datenanalyse sind unter Einbezug einer Quelle, welche Strategien der interpretativen phänomenologischen Analyse empfiehlt, nachvollziehbar beschrieben und aufgezeigt
- In den Methoden beschriebener Interviewtyp inkl. Fragen in der Tabelle weisen auf ein semi-strukturiertes Interview mit offenem Ende hin. Die Dokumentation der Daten anhand der Zitate, sowie die Tatsache der Reichhaltigkeit der Ergebnisse bestätigen diesen Interviewtyp.
- Daten wurden aufgenommen, wortwörtlich transkribiert und in Zitaten im Text zur Untermauerung der Ergebnisse unter Einbezugs des Kontext, indem sie stehen, dokumentiert=> gute Glaubwürdigkeit, da Forschende Anpassungen der Zitate für die bessere Verständlichkeit als solche gekennzeichnet haben Durchführung der Interviews durch eine Person, anschließende Datenauswertung und Interpretation durch verschiedene Personen, identifizierte Themen wurden peer-reviewed und mit akademischen Supervisoren diskutiert, Resultate mit bestehender Forschung verglichen, um eigene Interpretation zu hinterfragen
- Kodifizierte Verfahren werden nicht erwähnt, Analyseschritte werden jedoch detailliert dokumentiert

Indikation des Forschungsprozesses

- Qualitatives interpretatives phänomenologisches Design mit semi-strukturierten Interviews ist angemessen, da Ziel/ Fokus auf dem Phänomen des Erleben und Wahrnehmung von Lebenszielen aus Perspektive der Betroffenen liegt →die Fragen für das halbstrukturierte Interview wurden von den Forscher entwickelt →die Gegenstandsangemessenheit ist bei einigen Fragen zweifelhaft
- Offenheit im Forschungsprozess => Selbstbestimmung der Teilnehmenden durch offene Fragen, Lenkung des Gesprächsverlauf während dem Interview
- Untersuchung berücksichtigt individuelle Situation und alltäglichen Kontext der Teilnehmenden
- Erhebungs- und Auswertungsverfahren sind so gewählt, dass allfällige Vorannahmen revidiert werden können => bisherige Literatur zeigte Einfluss von Gedächtnis und Kognition auf Lebensziele, vorliegende Studie zeigt zwar andauernde Auswirkungen von Beeinträchtigungen auf Identifikation und Aktualisierung von Lebenszielen, aber trotzdem konnten TN Lebensziele und sich selbst als Person ausdrücken, auch wenn diese nicht klar in Bezug zu spezifischen kurzzeitigen Zielen benannt werden konnten
- Wortwörtliche Transkription, zur Hilfe der Datenauswertung Einbezug von Programm NVivo10, Transkripte für bessere Verständlichkeit z.T. angepasst
- Es wurden informationsreiche Fälle ausgewählt, durch aufgelistete Charakteristiken der TN lässt sich auf eine Variation in den Daten schliessen, jedoch stammen alle Probanden aus demselben Pflegeheim, Ein- und Ausschlusskriterien sind aufgelistet, TN durch Personal zur freiwilligen Teilnahme angefragt, Angaben zur Rekrutierung sind mangelhaft, z. B. Anzahl ausgeschlossener TN betrifft
- Forschende nennen Qualitätskriterien ihrer Studie der interpretativen phänomenologischen Analyse unter Einbezug einer Quelle, => für Untersuchungsgegenstand, Methode und Fragestellung angemessen
- Methoden der Erhebung und Auswertung passen zueinander und sind angesichts der verfügbaren Ressourcen (es handelt sich um eine Masterthesis) angemessen
- Forschende betonen Steigerung des wissenschaftlichen Rigors (Peerreview, Reflexionsanalyse hermeneutischer Zirkel) und Verankerung der Ergebnisse in Interviewzitate

Empirische Verankerung

- Autoren berichten von der angewendeten Reflexionsanalyse des hermeneutischen Zirkels
- Widersprüche in den Aussagen der Betroffenen wurden offen gelegt, sowohl in den Aussagen der Einzelperson, wie auch untereinander, diese wurden von den Autoren diskutiert

- Die Ergebnisse sind empirisch in Zitaten verankert und entsprechend dargestellt (zu jedem Thema gibt es mind. 1 Zitat)
- TN konnten laut den Autoren die Schwerpunkte und den Verlauf der Gespräche grundsätzlich selber bestimmen, es wird jedoch von keiner kommunikativen Validierung berichtet

Limitation

- Aus den Charakteristiken der Teilnehmenden sind keine extrem abweichende Fälle ablesbar, jedoch sind einige Variationen ersichtlich, z.B. das Geschlecht, Art der Hirnschädigung, Zeitspanne seit der Verletzung, Zeit in der Institution, Barthel Index Score betreffend
- Autoren sind sich Limitation der Generalisierbarkeit bewusst, legen Limitationen offen => durch ideographischen Ansatz keine Verallgemeinerung auf andere Populationen möglich, alle TN aus einem Pflegeheim, Empfindung/ Sensibilität der Forschenden (theoretische Konzepte, Wahrnehmung, Interpretation, Erfahrungen) hat Einfluss auf Interpretation der Daten

Kohärenz

- Aufkommende Themen, welche die Autoren aus den Aussagen der TN hergeleitet haben, sind in sich konsistent, es tauchen immer wieder die gleichen Kernaspekte auf, was die Lebensziele betrifft, wie sie zusammenhängen (wie kohärent sie sind) ist jedoch nicht ganz nachvollziehbar
- Widersprüche in den Aussagen wurden offen gelegt
- Es tauchen keine ungelösten Fragen oder Widersprüche auf. Hinsichtlich allfälligen offenen Fragen weisen die Autoren lediglich auf die mögliche zukünftige, tiefgründigere Erforschung von Lebenszielen hin, um Erfahrungen Betroffener, welche auf Unterstützung nach erworbener Hirnschädigung angewiesen sind, besser repräsentieren zu können

Relevanz

- Relevanz der Fragestellung wird literaturbasiert begründet und hergeleitet
- Forschungslücke aufgezeigt
- Thema „Lebensziele“, so wie allgemein die Zielsetzung im (stationären) Rehabilitations-Setting sind für die Praxis verschiedener Gesundheitspersonen relevant (darunter selbstverständlich auch für die Ergotherapie), v.a. im Hinblick der Klientenzentriertheit (personenzentrierte Rehabilitation)
- Ergebnisse liefern einen vertieften Einblick und Erklärungen für das untersuchte Phänomen
- Aus den herausgebildeten Kernthemen lassen sich in Zusammenhang mit weiterführender Literatur Implikationen für die Praxis herleiten, welche umgesetzt werden können (v.a. Diskussionsteil)
- Ergebnisse sind in Generalisierbarkeit eingeschränkt auf Grund des Samples von 5 schwer Betroffenen, welche alle aus derselben Residenz stammen
- Durch Tatsache, dass die Studie noch relativ jung ist (2015) liefert sie bezüglich Wichtigkeit der Fokussierung der sozialen Identität und der Wichtigkeit, Betroffene bei der Erreichung von Lebenszielen zu unterstützen eher wenig neue Erkenntnisse => diese Aspekte sind aus bestehender Literatur bekannt, Autoren bezeichnen ihre Ergebnisse als Beitrag zu bestehender Literatur
- neue Erkenntnisse bezüglich Lebenszielen bei Personen nach schwer erworbener Hirnschädigung (auch bei schweren Gedächtniseinschränkungen ist es möglich, Lebensziele zu benennen und zu diskutieren, auch wenn diese durch die Betroffenen nicht klar in Bezug zu kurzzeitigen Zielen benannt werden können)

Reflektierte Subjektivität

- Reflexionsanalyse des hermeneutischen Zirkels wurde laut Forschenden gemacht => Vorwissen wird immer wieder von neuem reflektiert)
- Transkripte und Themendokumentation wurde peer-reviewed und mit akademischen Supervisoren diskutiert => erhöht wissenschaftlichen Rigor
- Forschungspersonen beschreiben nichts zu der Beziehung zwischen Autoren und TN oder zu Selbstbeobachtung während dem Forschungsprozess oder zu persönlichen Voraussetzungen

- Prozesse zur Selbst-Reflexivität werden beschrieben (Peer-Review, Gruppendiskussionen, Memoing⁸, Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien, um eigene Interpretation zu hinterfragen/ bestätigen => interrogative component) => Beitrag zur Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit

Evidenz mittels 6-S-Pyramide nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009) der Studie Martin et al. (2015):

- Individual Studies => Originalartikel, qualitative Studie, welche in einem Journal publiziert wurde

⁸ Memoing = forschende Person dokumentiert während der ganzen Analyse ihre Hypothesen und Gedanken, die sie bezüglich der Daten, der möglichen Zusammenhänge usw. hat, in sogenannten Memos. Durch das Niederschreiben wird das Reflektieren über Beziehungen, Muster, Hypothesen usw. gefördert. Dies unterstützt auch die Analyse der Daten.

AICA-Hilfstabelle der Studie Gelech und Desjardins (2011)

Referenz: Gelech, J. M. & Desjardins, M. (2011). I am Many: The Reconstruction of Self Following Acquired Brain Injury. *Qualitative Health Research*, 21(1), 62–74. <https://doi.org/10.1177/1049732310377454>

Zusammenfassung der Studie Gelech und Desjardins (2011)

Einleitung

Um welches Phänomen handelt es sich?

Konstruktion von Persönlichkeit und Selbst nach einer erworbenen Hirnschädigung.

Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert?

Veränderungen körperlicher Bedingungen → hallen im Leben, in persönlichen Narrativen, in Konstruktion des Selbst, Zeit und Körper wider.

Bisherige Literatur:

- zu erworbenen Hirnschädigungen: Berichte von „verlorenem“ oder „zersplittertem“ Selbst dominieren → Zerstörung des vorherigen Selbstgefühls als ein Schlüsselteil des Krankheits-/ Verletzungsprozesses
- zu chronische Erkrankung/beeinträchtigende Verletzung allgemein: Kritik an diesem Blickwinkel von nur negative Veränderung/Verlust von Persönlichkeit: zu simpel! → verweisen auf Leistung Betroffener, trotz radikalen Veränderungen im Alltag durch die Gesundheitsschwierigkeiten, ihr Selbstgefühl zu erhalten → Vorschlag: Aufmerksamkeit auf Entwicklung von Persönlichkeit durch die Erfahrung von Krankheit oder Verletzung
- zu erworbener Hirnschädigung gibt es Kritik an dem „Selbst-Verlust“ → Kontinuität, Stabilität charakterisiert die Selbstkonstruktion über die ganze Verletzungserfahrung am besten

→ Autoren der vorliegenden Studie argumentieren: Arbeiten, die das Selbst als entweder komplett verloren oder komplett stabil ansehen über die Verletzungserfahrung hinweg sind naiv und nicht durchdacht → Position:

- Konstruktion des Selbst nach erworbener Hirnschädigung ist intersubjektiv und kontextabhängig
- Das Selbst ist ein wichtiger, symbolischer Schauplatz: die Existenz des Betroffenen nach der Verletzung wird in Verbindung mit Schlüsselpersonen ausgehandelt
- Elemente von Verlust und negativen Veränderungen vermischen sich mit Aspekten von Stabilität, Genesung, Transzendenz und Wachstum im Selbst nach der Verletzung
- Komplexität dieses Prozesses wird möglich durch die mehrzählige Art des Selbst → gut um Verluste aufzunehmen und um Bedeutung in den persönlichen Narrativen zu erhalten.
- Sozial konstruktivistischer Blick auf die Persönlichkeit (berücksichtigt Intersubjektivität und kulturelle Formen in der Konstruktion des Selbst) → Implikationen dieser Perspektive für die Untersuchung von Persönlichkeit nach erworbener Hirnschädigung.
- Diskurs zum verlorenen Selbst in der Literatur zu erworbenen Hirnschädigungen aufzeigen → Limitationen dieses Forschungsgebiets aus Sicht der Autoren → Wie diesen Limitationen begegnet werden kann

Selbst und Gesellschaft

Verschiedene Zugänge/Ansätze für das Selbst, aus verschiedenen akademischen Abstammungen und langandauernden Debatten: **Semiotisches Verständnis** des Selbst hat sich für die Untersuchung von kultureller und intersubjektiver Art von Erfahrungen als brauchbar erwiesen*:

Besagt, dass Symbole der Kern aller erlebten Einheiten (inkl. das Selbst) sind. → Menschen als physische und bewusste Einheiten werden von Symbolen und einem Netz von Bedeutung überlagert, durch die sie die Welt und sich selbst konstruieren, wahrnehmen und verstehen → Das Selbst ist keine fixierte, beschränkte, komplette Einheit → Es ist ein Symbol, das in dialogische Beziehungen mit anderen Symbolen und Bedeutungssystemen aus der Gesellschaft tritt → dieser Dialog leistet/übersetzt/wiedergibt das **Selbst auf zwei Arten** @:

- Andere sind „**Koautoren**“ in der Konstruktion des Selbst (liefern Information über persönliche Qualitäten) → Selbst hat öffentlichen Ursprung; Selbst ist unter ständiger Rekonstruktion, da es immer wieder neue Verbindungen und Interaktionen mit anderen eingeht (evtl. inkl. Machtspiele, Betrug, Widerstand)
- Selbst interagiert nicht nur mit anderen Selbst, sondern auch mit vielen Symbolen, Zeichen, Bedeutungssystemen in den **lokalen/globalen Welten** → begründet in historischem Kontext

*Soziologische Ansätze des Selbst (inkl. Stigma, Etikettierungstheorie) sind eng mit semiotischen Konzepten verbunden →wichtiger Beitrag bei Untersuchung von Persönlichkeit: zeigt gewichtige Rolle anderer auf in der Konstruktion des Selbst, dem Ausschliessen von ‚von der Norm abweichenden‘ Individuen, dem Beitrag von Etiketten in der Entstehung von sekundär abweichendem Verhalten, und den weitreichenden Implikationen von sozialen Kategorien in den täglichen Erfahrungen und Verhaltensweisen → ABER: solche Ansätze unterstützen naive Kausalität zwischen den ‚von der Norm abweichenden‘ Etikett eines bestimmten Individuum und dessen Selbst-Konzeption und Verhalten →naiv weil es die Dynamik zwischen den verschiedenen Etiketts, die in eine persönliche Identität involviert sind, sowie auch mögliche positive und kreative Folgen von Etiketts und die Dynamik zwischen von der Gesellschaft kreierten, ‚von der Norm abweichenden‘ Etiketts und der globalen Ordnungs- und Bedeutungssysteme der Gesellschaft, nicht miteinbezieht.)

Konzept des Selbst:

- Allgemein, kulturell, universell (also in jeder Kultur gültig): Eine Grenze zwischen sich selbst und dem Rest der Welt mit Verbindungen und Unterschiede zwischen den Individuen → Alle Selbst haben zwei Aspekte:
 - Ein **egozentrischer** Aspekt: Innere Elemente des Selbst, Einzigartigkeit der Person, bewusste Charakterzüge, Merkmale, Attribute (private Gedanken, Gefühle, Meinungen, Empfindungen)
 - Ein **soziozentrischer** Aspekt: sozial orientiert, in Verbindung mit einem Platz im weiteren System der sozialen Beziehungen bestehenden Aspekte des Selbst (öffentliche Rollen, interpersonelle Beziehungen, Gruppenstatus)
- Selbst nimmt je nach Gesellschaft jedoch unterschiedliche Gestalten an: private und öffentliche Aspekte des universellen „I“ (oben beschrieben) bilden nur eine unvollständige, symbolische Form →muss **kulturell** geprägt werden durch Verbindung mit anderen lokalen Symbolen (inkl. Religion, Politik, Familie, Recht), um einsatzfähig, effektiv zu sein in der Gesellschaft →diese symbolische Interaktion gibt dem Selbst eine allgemeine, doch lokal unterschiedliche Form → Basis von persönlicher Selbst-Konstruktion
- Beispiel: relative Gewichtung von privaten und öffentlichen Aspekten des Selbst (ihre hierarchische Position in einer grösseren Bedeutungsstruktur bezüglich Persönlichkeit und sozialen Beziehungen) →bildet über Gesellschaften hinweg wichtige Unterschiede im Selbst: z.B. Meiste Gesellschaften auf der ganzen Welt und in der Geschichte gewichten in der Definierung ihrer Persönlichkeit soziozentrische Selbstaspekte (soziale Verwandtschaft, soziale Position, wie sie in das System sozialer Beziehungen hineinpassen) höher als Egozentrische (Westliche Gesellschaften gerade umgekehrt).

Westliche Form des Selbst:

- **Egozentrische** Aspekte des Selbst dominieren:
 - Stabile homogene Charaktere in den inneren Selbstaspekten →gleiches „mich“ existiert über mehrere Jahre, trotz Veränderungen in der sozialen Existenz oder Interaktionen
 - Selbst ist unabhängig, autonom, privat, von anderen zu unterscheiden, stabil und grundsätzlich wertvoll
 - Wahrheit des Selbst liegt in den einzigartigen inneren Charakteristiken einer Person →Menschen denken hauptsächlich in privaten Charakteristiken von sich →Moderne Konzeption des Selbst hat eine lange Entwicklungsgeschichte (erstes Auftauchen in Renaissance, vorherrschend ab amerikanischen und französischen Revolution) →eng mit der Entwicklung der westlichen Gesellschaft in Zusammenhang → egozentrischer Fokus in ideologischen, politischen, ökonomischen, moralischen, rechtlichen, ästhetischen, institutionellen und existentiellen Aspekten des westlichen Lebens erkennbar
- Auch **soziozentrische** Selbstaspekte existieren →soziale Interaktionen und den Platz den sie im System der sozialen Beziehungen einnehmen, haben immer grossen Einfluss auf Selbstsein →Selbst hat einen sozialen, öffentlichen Ursprung (persönliche Konstruktion des Selbst basiert auf direktem und indirektem Feedback/Information von anderen + auf individueller Fähigkeit kollektive Selbstkonstrukte zu beanspruchen.) → Forscher, die das Selbst aus semiotischer Perspektive sehen müssen interpersonelle Interaktionen und dominante kulturelle Formen, die individuelle Erfahrungen des Selbst formen, berücksichtigen. → bei ABI:
 - Welche Rolle spielen wichtige andere und kollektive Diskurse in der Entwicklung des Selbst durch die Erfahrung der Verletzung?
 - Folgen eines ABI auf westliche Version des Selbst (stark egozentrisch, individualisiert, stabil und privat):
 - Was passiert mit dem heiligen inneren Selbst in solchen Situationen?

- Was passiert mit der Stabilität über Zeit und Ort?
- Was passiert mit seiner Einzigartigkeit?
- Wie sind die weniger gewichteten öffentlichen Aspekte der Persönlichkeit beeinflusst?
- Hat der Verlust von einzelnen Aspekten von Selbstsein einen Einfluss auf die Konzeptualisierung der Persönlichkeit als Ganzes?

Das verlorene Selbst bei erworbenen Hirnschädigungen

Im westlichen Kontext: Innerer Aspekt des Selbst ist typischerweise charakterisiert durch Stabilität
 → radikale Veränderungen im Leben oder Körper (= körperliches Medium des Selbstnarrativs) → können Probleme in der Konzeption der Persönlichkeit verursachen

Literatur diskutiert ein zersplittertes oder verlorenes Selbst: radikale Veränderungen im Selbst verursacht durch radikal veränderte Körper und damit verbundene Fehlfunktionen

- bereits Erikson (1956): obwohl Ego-Identität über Zeit andauert, kann sie von pathologischen Bedingungen gestört werden
- Annahme, dass das Gehirn als biologische Wurzel der Persönlichkeit gilt, bestärken das diskutierte zersplitterte, verlorene Selbst insbesondere bei neurologischen Pathologien (ABI, Demenz, Alzheimer, Autismus).
- Review zeigt: Literatur zu ‚verlorenes-Selbst‘-Diskurse bezüglich ABI hat in letzten 25 J. stark zugenommen → Annahme, dass Selbst von ABI-Betroffenen fundamental verloren oder negativ verändert ist nach der Verletzung hat sich immer stärker verankert, so dass es sogar zu Aussagen kam, dass es quasi keine Hirnverletzung ohne Verlust des Selbstgefühls gibt
- Verlorenes Selbst bezieht sich meist auf beides öffentliche und innere Aspekte des Selbst (öffentlich: funktionelle Performanz, Verhalten, Rollen, Status, Beziehungen, Arbeit; innere: interne Charakteristiken, Selbst-Definitionen, individuelle Charakterzüge, emotionale Tendenzen, spiritueller Glauben) jedoch scheinen Verluste im öffentlichen Selbst zu dominieren
- Selbst ist meist dargestellt als ein vereinigtes Ganzes → jede Veränderungen in der Persönlichkeit beinhaltet eine totale Auflösung des Selbst → Selbst ist eine Einheit, die als Ganzes erhalten bleibt oder verloren geht nach der Verletzung → Fokus von psychologischen Interventionen für von erworbener Hirnschädigung Betroffener liegt auf dem Wiederherstellen des Selbst von vor der Verletzung oder dem Aufbau eines neuen Selbst nach der Verletzung

→ verlorenes Selbst hat den Status eines dominanten Diskurses in der Rehabilitation (Praxis und Untersuchungen) erlangt und besagt, ein überwältigender Verlust von Kontinuität in der Persönlichkeit und ein Zerfall des früheren Selbst

→ gibt auch Autoren, die Zweifel daran erwecken und diese Ansicht herausfordern:

- Einzigartigkeit, Nuancen und Individualität gehen verloren in Anbetracht der autoritären medizinischen Geschichten, die die subjektiven Berichte überlagern, verallgemeinern und Erfahrungen von aussen vereinfachen
- Der dominierende Diskurs widerspricht einem Schlüsselaspekt der westlichen Annahme von Persönlichkeit, indem er besagt, dass die Kontinuität des inneren Selbst unterbrochen werden kann durch Instabilität von Rollen oder sozialen Positionen

→ stellt sich die Frage, ob die Betroffenen diese Repräsentationen ihres Selbst nach der Verletzung ebenso sehen

→ führt zu Spekulation darüber, ob die Darstellung von Verlust die Entwicklung der Persönlichkeit nach erworbener Hirnschädigung wirklich gänzlich begreift oder ob auch noch andere Prozesse möglicherweise einbezogen werden sollten.

- Betroffene erhalten ihr Selbstgefühl und erfahren eine grosse Selbst-Kontinuität über die Hirnschädigung hinaus
 → Ist es möglich, dass ein Verlust des Selbst auf bestimmte Fällen beschränkt ist und ein volles Erhalten des Selbst in anderen Fällen der Fall ist?
 → Muss das Selbst voll verloren oder erhalten bleiben nach der Verletzung oder können Kontinuität und Diskontinuität gleichzeitig im Selbst existieren?
- Es gibt Berichte, dass aus Sicht von Eltern junge Erwachsene gleichzeitig die gleiche als auch eine andere Person sein können.
 → Ist es möglich, dass diese Dualität auch aus Sicht der Betroffenen besteht, bis jetzt einfach von dem dominanten Thema des Verlust des Selbst in der Literatur überlagert wurde?

→ Rolle der bedeutungsvollen anderen in der Erhaltung oder Rekonstruktion des Selbst nach der Verletzung sollte untersucht werden → Entwickelt sich nach der Verletzung ein Widerstand gegen das Aufzwingen von bestimmten Selbstkonstruktionen durch andere?

→ Beziehung zwischen bestimmten Aspekten des Selbst (inneres, öffentliches) und dem ganzen Selbst aus der Perspektive des Betroffenen bleibt unklar → *ist der Verlust des Selbst, der durch viele Forscher beschrieben wird allumfassend und gilt sowohl für private als auch den öffentliche Aspekte des Selbst?* → *Könnte eine Betrachtung der öffentlichen und privaten Aspekte des Selbst als unterschiedliche analytische Foki bedeutungsvolle Nuancen für dieses Forschungsgebiet bereitstellen?*

Wie lautet die Forschungsfrage?

Mehrere Fragen *genannt*, um Forschungslücken fassbarer zu machen, werden jedoch nicht als explizite Forschungsfrage benannt.

Welcher Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt?

Forschungslücken in der Literatur zu erworbenen Hirnschädigungen thematisieren:

- Untersuchung des Selbst, in der sowohl die Rolle von kulturellen Formen als auch interpersonellen Prozessen in der Konstruktion von Persönlichkeit nach der Verletzung bedacht wird.
- Fokus auf aufschlussreiche Nuancen in den Erfahrungen des Selbst, um die Entwicklungen und Muster zu untersuchen, die sich von denjenigen unterscheiden, die vom dominanten Diskurs zu Verlust und negativen Veränderungen umfasst werden.
- Forschende wollen die Verantwortung ernst nehmen, Diskurse über ihre eigenen Felder kritisch zu prüfen mit einem Auge auf die Trennung zwischen autoritären/ dominanten Diskursen und der Vielseitigkeit von menschlichen Erfahrungen.

Methode

Ansatz/Design:

Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich?

Narrativ qualitative Studie (*Untersuchen der Selbstkonstruktion* als Teil eines grösseren Forschungsprojekt, welches *durch die Geschichten der Teilnehmenden* die Lebenswelt nach der Verletzung, den Adaptationsprozess und die Erfahrung von Unterbruch, behandelt)

Wie wird die Wahl des Ansatzes/Designs begründet?

Persönlichkeit wird durch erzählende (narrative) Formen erarbeitet, die über das Selbst reflektieren, über Zeit hinweg von seinem Ursprung bis zu seinem Ende → Selbst-Geschichten kreieren ein „Ich“, welches zu jedem Zeitpunkt sowohl in einem Zustand von sein als auch von werden. → Untersuchungen des Selbst sind narrative Untersuchungen (qualitative)

Stichprobe:

Um welche Population handelt es sich? Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung

Welches ist die Stichprobe? Charakteristiken

4 Teilnehmende:

- Schwierigkeiten mit Fatigue, chronischem Schmerz und dem Verlust von Fokus und Aufmerksamkeit als einzige Einschränkungen
- 3 Männer, 1 Frau
- 37-55 Jahre alt
- 4-21 Jahre seit der Verletzung
- Grund der Verletzung: Motorfahrzeugunfall
- Moderate bis schwere Hirnverletzungen (2 mit multiplen Hirnverletzungen)
- Individuelle Verletzungsfolgen → kognitive und funktionelle Defizite haben jedoch zu einem grundlegend veränderten Leben geführt (1 mit Paraplegie durch die Verletzung, 1 mit chronischen Rücken- und Beinschmerzen, 2 mit nur leichten Veränderungen in Koordination und Fortbewegung in Folge des Unfalls)
- Vor der Verletzung hatten alle gearbeitet → nach der Verletzung keiner mehr
- 3 unverheiratet (1 davon in einer langjährigen Partnerschaft lebend), 1 geschieden in Folge des Unfalls
- 2 unabhängig und selbstständig lebend, 2 in Zentren für betreutes Wohnen

Wie wurde die Stichprobe gezogen? Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?

Vor der Rekrutierung: Autor verbringt Zeit in einem lokalen sozialen Rehabilitationszentrum um ...mit Klienten Beziehung aufzubauen
...mit der Umgebung vertraut zu werden

...mögliche Herausforderungen für den Forschungsprozess zu identifizieren (funktionelle Beeinträchtigungen durch ABI haben das Potential methodologische Themen zu verursachen:

- Kommunikationsschwierigkeiten (im Ausdruck (expressive), in der Wahrnehmung/Verständnis (rezeptiv))
- Fatigue
- Fehlende Einsicht/Awareness
- Schwierigkeiten abstrakten Fragen zu antworten
- Tendenz dazu, dass sie die Forschung billigend in Kauf nehmen oder nur beschränkt entgegenkommen
- Fehlende Kapazität zu reflektieren
- Schwierigkeiten den Fokus zu halten
- Gedächtnisdefizite.

→ Erster Autor und ausführender Direktor der Rehabilitationsstelle arbeiteten zusammen, um 6 Individuen zu identifizieren, die den Anforderungen des Interviewprozesses entsprachen:

- trotz Einschränkungen sprachgewandt, reflexiv und ausdrucksfähig in ihrer Kommunikation
- ohne signifikante Gedächtnisschwierigkeiten

schlussendlich antworteten 4/6 und stimmten einer Teilnahme zu

Datenerhebung:

Welche Strategien/Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet?

- Interviewformat so angepasst, dass es den Einschränkungen der Teilnehmer entsprach:
 - Lebensgeschichteninterviews und halbstrukturierte Interviews auf zwei Tage verteilt
 - mit mehreren Pausen während den Interviews
 - Interviews bei 2 Teilnehmern zu Hause abhalten, die Schwierigkeiten äusserten sich im Rehabilitationszentrum nicht konzentrieren zu können
- Lebensgeschichteninterview und halbstrukturierte Interviews mit jedem Teilnehmer separat zu unterschiedlichen Zeiten → jedoch nie mehr als 10 Tage voneinander entfernt
- Nutzung beider Interviewformate ermöglichen Breite und Tiefe der Erfahrung zu erörtern:
 - Lebensgeschichteninterview um die Verletzungserfahrung der Teilnehmenden in einen bestimmten Kontext zu setzen
 - Semistrukturiertes Interviewformat um spezifische Aspekte der Erfahrungen zu erkunden
- Lebensgeschichteninterview:
 - Teilnehmer werden aufgefordert über ihr Leben zu erzählen: Beginn so weit zurück, wie sie sich erinnern können und Ende in den Hoffnungen für die Zukunft, mit Schwerpunkt auf die Erfahrungen mit der erworbenen Hirnschädigung
 - Rolle des Interviewers so klein wie möglich halten → in bestimmten Situationen um mehr Details fragen
- Halbstrukturiertes Interview:
 - Untersucht verschiedene Aspekte der Verletzungserfahrung inkl. Themen wie:
 - Persönlichkeit: aktuelle Konzeption des Selbst und dessen Bahnverlauf über die Verletzungserfahrung hinweg, dessen Beziehung zu den Wahrnehmungen anderer, dessen Verbindungen zu den Konzeptionen von Normalität und kulturellen Idealen und Themen von Ganzheit und Zersplitterung
 - Körper
 - interpersonelle Beziehungen
 - soziale Rollen
 - Kosmos
 - tägliche Aktivitäten
- Interviewdauer: 35-90 Minuten

Wie wurden die Daten verarbeitet?

Bandaufnahmen und spätere Transkription

Methodologische Reflexion:

- Begründen ihr methodologisches Vorgehen, über Narrative die Selbstkonstruktion zu untersuchen (vgl. 1. Abschnitt unter Methoden)
- Erwähnen semiotische und soziologische Konzepte: Semiotisches Verständnis des Selbst hat sich offenbar für Untersuchung von kultureller und intersubjektiver Art von Erfahrungen als brauchbar erwiesen

- Nennen, dass sie qualitative Analyse nach Good (1994) und Rothe (2000) angewendet haben → keine Begründung warum
- Beschreiben Teilnehmende bewusst ausgewählt haben, so dass sie den Anforderungen des Interviewprozesses ungefähr entsprachen (trotz Einschränkungen sprachgewandt, reflexiv und ausdrucksfähig in ihrer Kommunikation, ohne signifikante Gedächtnisschwierigkeiten) → keine nähere Begründung auf Metaebene
- Beschreiben, dass sie die Einschränkungen der Teilnehmer berücksichtigt haben und das Interviewformat angepasst haben → keine nähere Begründung auf Metaebene

Datenanalyse:

Welche Strategien/Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Qualitative Analyse nach Good (1994) und Rothe (2000):

1. Interviews organisieren mit Rücksicht auf die Chronologische Abfolge der Verletzungserfahrungen
2. Transkripte durchlesen und spezifische Kategorien identifizieren
3. Gefundene Kategorien konzeptionell organisieren, um grössere Themen zu bilden, Verbindungen zwischen diesen Themen zu erkunden und syntaktische Bewegungen mit bestimmten Themen zu verknüpfen
4. Themen und identifizierte syntaktische Bewegungen aus den Daten vergleichen mit (a) bisheriger Forschung im Bereich von erworbenen Hirnschädigungen und (b) relevanten Theorien zu Selbst und Transition, die aus einem theoretischen Modell gewonnen wurden

Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse?

Nennen, dass die Analyse gleichzeitig durch beide Forscher erfolgte und dass diese im Verlauf der Interpretation in Dialog und Diskussion blieben miteinander

Ethik:

Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?

Ethische Prozedere werden verfolgt: inkl. Veränderung und Entfernung von persönlich, identifizierenden Informationen

Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?

Universitärer Ethik-Review-Vorstand prüfte die Studie und alle ethischen Prozedere wurden befolgt

Ergebnisse

Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.?

Konstruktion des Selbst nach erworbener Hirnschädigung

- Öffentliche Aspekte des Selbst: Der grosse Fall und Aspekte von Verlust
- Private Aspekte des Selbst: Kontinuität im Innern
 - *Kontinuität*
 - *Einzigartigkeit und Individualität*

Wiedererfinden von Selbstheit infolge erworbener Hirnschädigung:

Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergeschichten?

Aussagen mit Zitaten unterlegt, durch Namen bei den Zitaten lassen sich Teile der Teilnehmergeschichten zusammenfügen → Teilnehmergeschichten zwar wichtig bei der Erhebung (Lebensgeschichteninterviews) aber nicht so in den Ergebnissen präsentiert

Zudem: Themen jeweils direkt mit Literatur verknüpft und diskutiert → keine Auflistung roher Ergebnisse → Ergebnisse und Diskussion lassen sich nicht eindeutig trennen

Diskussion

Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur?

Konstruktion des Selbst nach erworbener Hirnschädigung:

Unterbrechung der Kontinuität tauche als häufiges Thema in den Narrativen der Teilnehmer auf, wenn sie Veränderungen in folgenden Bereichen beschrieben:

- zwischenmenschlichen Beziehungen
- Autonomie
- Körper
- Bewusstsein
- Zukünftige Ziele

→ besonders bedeutend war: Diskontinuität = Bedrohung für das Selbstgefühl der Teilnehmer
 Diskussion über ihr Persönlichkeitsgefühl über die Verletzungserfahrung hinweg: sowohl private (innere) als auch öffentliche Aspekte des Selbst genannt

Öffentliche Aspekte des Selbst: Der grosse Fall und Aspekte von Verlust

Beschreibungen passen zu dominantem Diskurs zu verlorenem oder zersplittertem Selbst in der Literatur zu erworbenen Hirnschädigungen (beschrieben unter „Einleitung“) → Fokus auf negative Veränderungen und Verluste:

- Beziehungen mit anderen und Verbindung zu Gesellschaft haben sich dramatisch verändert
- Veränderungen im öffentlichen Selbst wurde einer Kombination von zugeschrieben:
 - **praktischen Konsequenzen durch die Verletzung für das tägliche Leben:** veränderte Bedingungen, Kapazitäten und tägliche Routinen (inkl. reduzierte praktische Kompetenzen, kognitive Fähigkeiten und Selbstständigkeit) → veränderte Muster sozialer Partizipation der Betroffenen
 - **Reaktionen/Verhalten der anderen gegenüber den Betroffenen** → grosser Einfluss auf Partizipation im sozialen Leben
- Gewisse Aspekte aus vergangenen sozialen Identitäten (Verlobter, Angestellter, Freund oder Elternteil sein) wurden als zerstört oder bedroht geglaubt → entweder aufgrund der **untauglich machenden Folgen der Verletzung** oder **negative Bewertung anderer** oder eine Kombination dieser beiden (z.B. keinen Titel zu haben; Verlobungsbeziehung aufgelöst, ohne Erklärung)
- Mit Verlust gewisser definierenden Aspekte des sozialen Selbst tauchte eine neue soziale Identität auf nach der Verletzung: Identität als generell an den Rand gedrängte und abhängige Person
- Selbstkonstruktion ist abhängig von Beziehungen mit anderen und Verbindungen mit der sozialen Welt → Andere sind in machtvoller Position um viele Aspekte der Persönlichkeit abzulehnen: Scheidung = Ende der Rolle als Verheirateter, Ablehnung von Sorgerecht = Ende der Rolle als Elternteil, Beendigung der Arbeit = Verlust der Rolle als Angestellter
- In Mitten all dieser Bedrohungen der früheren sozialen Identitäten → Teilnehmer mussten neue Verbindungen mit der sozialen Welt und einem neuen Gefühl des öffentlichen Selbst aushandeln → gewisse Veränderungen akzeptierten sie als Verluste in sozialen Identitäten und betrachteten sie als **irreparabel**, nicht aushandelbar, dauerhaft → Gründe dafür sahen sie sowohl in den **Einschränkungen, die die Verletzung mit sich brachte**, als auch Veränderungen in den Meinungen der andern über sie
- Veränderungen darin, wie andere die Betroffenen wahrnahmen (z.B. bezgl. Temperament, Fähigkeiten, Persönlichkeit)
 - andere waren widerwillig Beziehungen aufrechtzuerhalten (Arbeit, Ehe, Freundschaft)
 - Betroffene selbst verneinten diese Veränderungen (Wahrnehmung von anderen vs. Wahrnehmung der Betroffenen selbst bezüglich solchen Veränderungen in Temperament etc. waren nicht immer deckungsgleich) → trotzdem waren sie gezwungen gewisse Veränderungen in ihrem sozialen Dasein zu akzeptieren als Folge der Veränderungen, die andere in ihnen wahrnahmen, und der neuen Haltungen gegenüber der Person nach der Verletzung

Neben solchen irreparablen Verlusten konnte jeder Betroffene auch gewisse Aspekte seines sozialen Selbst, welches durch die Verletzungserfahrung unterbrochen wurde, als schlussendlich doch **reparierbar** betrachten:

- Hier widerstanden sie gewissen Veränderungen ihrer vergangenen sozialen Identität, indem sie gewisse Elemente davon wiederherstellten → Identitätswiedereinordnung nach der Verletzung (z.B. Rückkehr zu bezahlter Arbeit → Wiederaufbau der Identität ein beitragendes Mitglied der Gesellschaft zu sein; neue romantische Beziehungen → Wiederentwickeln der Identität als intimer Partner) → dieser Prozess der Identitätswiedereinordnung = kraftvolle Neubewertung der sozialen Identität von vor der Verletzung → sehr bedeutungsvoll für Teilnehmer
- Prozess der Umgestaltung der sozialen Identität im Narrativ: Akzeptieren gewisser Verluste im öffentlichen Selbst & der Unmöglichkeit alle die verlorenen Rollen, Beziehungen, Status und Verbindungen zur Gesellschaft wieder zu erlangen → verändern der Bedeutung gewisser Komponenten ihrer sozialen Identitäten (z.B. nicht mehr arbeiten können (Rolle als Angestellter),

widmet sich nun seiner Rolle als Vater intensiv; nicht mehr Lehrerin sein, sich nun definieren als Anwältin, Freiwillige und Leitende für andere Menschen mit lebensverändernden Gesundheitsproblemen nach einer Verletzung) → Kern des öffentlichen Selbst kann sich verschieben → ermöglicht den Umgang mit wichtigen Verlusten durch die Umgestaltung der Hierarchie zwischen bestimmten Aspekten der sozialen Identität

Subjunktivität tauchte in Narrativen auf:

- Alle Geschichten des Selbst reichen sowohl rückwärts (wer wir waren) als auch vorwärts (wer wir hoffen zu werden)
- zukünftiges Selbst ist immer unbekannt (wie das Ende einer Geschichte) → ermöglicht die Hoffnung auf ein positives Ende → trotz vieler Verluste in den öffentlichen Aspekten des individuellen Selbst → Betroffene stellten sich weiterhin eine bessere Zukunft für ihr öffentliches Selbst vor → offenes Ende für unzählige Möglichkeiten
→ Erhalt von Optimismus angesichts der Verluste und Weiterführung der Hoffnung, dass Bereicherungen und Rückgewinne in den öffentlichen Aspekten des Selbst möglich sind

Private Aspekte des Selbst: Kontinuität im Innern

Tiefe Essenz, ein inneres Selbst → getrennt vom öffentlichen Selbst → zwei Aspekte dieses inneren Selbst bedroht durch die Verletzungserfahrung: Kontinuität und Einzigartigkeit/Individualität

Kontinuität:

- Betroffene waren fähig ein **Gefühl eines stabilen inneren Selbst über die Verletzungsgefahr hinweg** zu erhalten, trotz Bedrohung der Kontinuität durch...
...funktionelle und Performanzdefizite
...Schlüsselpersonen, die die Kontinuität des inneren Selbst durch Vorträge zu Verlust und Veränderungen für unrechtmässig erklärten (delegitimierten)
→ vor allem solche in **medizinischen, rehabilitativen und rechtlichen Berufen** bedrohten die Selbst-Kontinuität durch diagnostische Abhandlungen (medizinisch und psychometrisch), die auf Veränderungen und Zerstörung des inneren Selbst hindeuteten → autoritäre Abhandlungen argumentierten, dass sich das Selbst drastisch verändert hatte durch die Verletzung hinsichtlich Kognition, Gefühlen, Fähigkeiten, Persönlichkeit, Temperament und Charakter (messbar) → doch die Betroffenen selbst, empfanden nicht so → Fachpersonen erklärten die Erfahrung eines kontinuierlichen Selbst als unrechtmässig und annullierten damit einen wichtigen Aspekt der Selbst-Geschichte der Betroffenen
→ auch **Freunde und Familie** unterstützen diesen Prozess der Delegitimation:
 - aktive Leugnung eines andauernden inneren Selbst: manchmal indem sie Behauptungen der Betroffenen bezüglich einem konsistenten inneren Selbst offen anfechteten und auf Veränderungen in Temperament, Verhalten, Persönlichkeit, Laune, Fähigkeiten, Charakteristiken und Gefühlen als Beweis hindeuteten → Aussagen (egal ob positiv oder negativ gemeint), die die (von anderen wahrgenommenen) Veränderungen im Betroffenen hervorhoben
 - teilweise war diese Leugnung eines stabilen inneren Selbst, die Andeutung, dass das Selbst sich grundlegend verändert hat und Ungültigkeitserklärungen von möglichen zukünftigen Selbst subtiler: Kontakt zum Betroffenen abbrechen, den Betroffenen anders (meist herablassend) behandeln, offen Trauer und Mitleid zeigen → wurde interpretiert als Leugnung der Anerkennung eines stabilen inneren Selbst des Betroffenen → indem andere sich von den Betroffenen zurückzogen oder ihr Verhalten anpassten an ein neues, weniger schmeichelhaftes Image des Betroffenen = andere verbanden die Verletzungserfahrung mit Unangemessenheit, Minderwertigkeit und Verlust
- diese Delegitimation der Kontinuität des inneren Selbst durch ihre Freunde und Familie war für alle Teilnehmer verbunden mit den autoritären Belangen der medizinischen und rehabilitativen Fachpersonen → deren mächtige Belange wurden als teilweise verantwortlich für die Leugnung eines fortlaufenden inneren Selbst durch die Angehörigen gesehen
 - Reaktion auf diese Delegitimation des Gefühls eines ununterbrochenen inneren Selbst durch Freunde, Familie und medizinisches Personal war: **Widerstand**
→ bereits andere Autoren nahmen an, dass Widerstand der Schlüssel sei in jedem medizinischen Setting oder Heilungsdrama, um der Auferlegung von dominierenden Definitionen, Diagnosen, Normen, wie man sich verhalten sollte und offizielle Berichte darüber, was gerade passiert, standzuhalten → Versuch die Kontrolle über die Konstruktion von Gegenständen und Ereignissen im eigenen Leben zu erhalten („Waffe der Schwachen“)
→ wenn andere die Möglichkeiten haben die Selbst-Konstruktion als unrechtmässig zu

erklären, so ist das betreffende Individuum fähig den Selbst- und Identitätssinn im andauernden, intersubjektiven Dialog wieder als rechtmässig zu erklären.

- **Grund warum inneres Selbst stabiler als öffentliches Selbst:** Veränderungen im inneren Selbst sind weniger sichtbar und nachweisbar als die in den öffentlichen Aspekten der Persönlichkeit (z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit) → machen die Konstruktion von Kontinuität und die Möglichkeit für Widerstand realisierbarer in den privaten Aspekten des Selbst → Betroffene waren also fähig den Meinungen anderer bezüglich der Auswirkung der Verletzung auf das innere/private Selbst zu widerstehen und ihre eigene Sicht einer relativen Stabilität des Selbst über die Verletzungserfahrung hinweg zu erhalten
 - Betroffene scheinen **keine grossen, negativen Veränderungen oder Verluste in ihrem privaten Selbst** erlebt zu haben:
 - kein Bedarf für Hoffnung für die Zukunft, wie es der Fall war bei den öffentlichen Aspekten des Selbst → Subjunktivität nicht in Diskussion vorhanden
 - Heisst nicht, dass Betroffene jegliche inneren Veränderungen in Folge der Verletzung leugneten! Auch im privaten Bereich gab es Veränderungen und Einschränkungen → veränderte jedoch nicht die Meinung der Betroffenen, dass die Essenz dessen, wer sie waren, intakt geblieben ist
 - **Grund warum unterschiedliche Annahmen Teilnehmender vs. Anderer:**
 - Teilnehmende beschreiben: **Andere** reduzieren das Selbst der Betroffenen metonymisch: Die ganze innere Person wird reduziert auf einen verloren gegangenen Bestandteil (z.B. kognitive oder körperliche Performanz) → Unterbruch in einem Bereich = Unterbruch im ganzen Selbst.
 - **Teilnehmende** schaffen es jedoch bestimmte kognitive und körperliche Fähigkeiten vom Kern des Selbst zu unterscheiden und daraus ihr inneres Selbst – kontinuierlich und stabil, trotz den Behauptungen der anderen – zu konstruieren und Veränderungen nur in bestimmten Aspekten ihres Temperaments, mentalen Zustands, Fähigkeiten und Kognition zu merken
 - Teilnehmende betonen konsistente Charaktereigenschaften (Humor, gute Arbeitsethik, Grosszügigkeit, kümmernd), Interessen (draussen sein, Essen, Musik, Ausgang), Leistungsfähigkeit und Fertigkeiten (Umgang mit Kindern, Kreativität...) und Temperament (zurücklehnend) → Beweis für ein stabiles, inneres Selbst
 - Selbst wird als vorwiegend ununterbrochen konstruiert, trotz oberflächlichen, lokalisierten Veränderungen und Zweifel, Meinungen anderer
 - **Link zu Kulturen:** in anderen kulturellen Kontexten ist instabiles inneres Selbst üblich, in westlicher Kultur erwartet man jedoch ein stabiles inneres Selbst, welches die Grundlage bildet für einen grösseren tief bedeutungsvollen Sinn von Lebenskontinuität
 - Indem Betroffene Diskursen über grundlegenden Veränderungen oder Verlust des inneren Selbst standhielten konnten sie ein starkes Gefühl von Kontinuität konstruieren → ermöglicht Erhaltung der vollen Persönlichkeit → schützt sie vor gewissen Formen von Entmenschlichung
 - ermöglicht Erreichen eines Normalitätsgefühls → verbindet mit kultureller Ordnung → widersteht der Überwältigung eines Gefühls von Chaos
- **Stabilität des inneren Selbst = Anker, begründet ein Netz von andauernden Veränderungen in der Kontinuität des privaten Selbst, füllt das Leben nach der Verletzung mit Bedeutung durch die Verbindung mit der bekannten, vertrauten Vergangenheit, mit der globalen Gesellschaft und dem westlichen Konzept der Persönlichkeit**

Einzigartigkeit und Individualität: → nur bei ¼ der Teilnehmer aufgetaucht*

Durch andere:

- Delegitimation der Behauptung der Betroffenen ein kontinuierliches inneres Selbst zu haben
 - v.a. durch andere die die Betroffenen schon vor der Verletzung kannten
- Unterschätzung der Einzigartigkeit des privaten Selbst nach der Verletzung → alle als Teil einer gleichförmigen Gruppe von behinderten „anderen“ behandelt → v.a. durch unpersönliche andere

* vermutlich beim vierten Individuum nicht, weil dieses keine sichtbare oder offensichtliche Zeichen der Verletzung zeigte + wenig Kontakt mit Fachpersonen des Rehabilitations- und Gesundheitssystems (Unterschied zu den anderen Teilnehmern)

Betroffene glauben/empfinden/beschreiben:

- Obwohl Betroffene den höchsten Wert ihres inneren Selbst bestätigten: Fachpersonen und Personen aus der Gesellschaft ignorierten oft den einzigartigen Aspekt ihres privaten Selbst
 - Verweigern ihnen den angeborenen Wert in den Augen anderer
- unpersönliche Andere definieren sie über ihren Verletzungsstatus
- Abhängigkeit, Unterschiede, Unfähigkeit dominieren die Einschätzung unpersönlicher anderer

- Unpersönliche andere definieren die Betroffenen durch die Verluste, die sie in die Peripherie ihrer Selbst-Definition verbannt hatten (kognitive, körperliche Einschränkungen, Performanzdefizite, Abhängigkeit, verminderter sozialer Status) → sehr erschütternd
- Missachtung der Einzigartigkeit ihres inneren Selbst = Charakterisierung mit Gleichförmigkeit statt Individualität (auch andere Autoren haben diese Tendenz zu Homogenisierung von Hirnverletzten erwähnt)
 - fühlen sich von unpersönlichen Anderen nicht mehr als Individuen (volle Menschen) betrachtet
 - werden als Angehörige einer spezifischen gleichförmigen und anonymen Gesellschaftsgruppe mit niedrigem Status betrachtet
- Unpersönliche andere, die ihnen ihr eigenes geschätzte Gefühl von Einzigartigkeit verweigern, messen den Betroffenen ein abgewertetes, einseitiges Selbst zu nach der Verletzung (diese Verminderung der Persönlichkeit und Menschlichkeit durch Gesundheitsfachpersonen wurde in der Literatur bereits in verschiedenen klinischen Populationen identifiziert)
 - so von anderen gesehen zu werden verursacht grossen Konflikt mit dem eigenen Gefühl ein einzigartiges, über die Verletzungserfahrung konsistentes inneres Selbst zu haben

Warum machen das Fachpersonen, die es eigentlich nur gut meinen?

- Möglicher Grund: Wie wir Bedingungen der Betroffenen verbinden mit dem Konzept von Persönlichkeit in unserer (westlichen) Gesellschaft (inkl. damit verbundene Werte und Attribute):
 - Selbst → Autonomie, Unabhängigkeit → Verlust dieser Attribute → negativer Einfluss darauf, wie andere das Selbst von Betroffenen konzipieren:
 - Abhängigkeit fordert individualistische Konzeption der Person, die im westlichen Denken dominiert, heraus → verursacht, dass andere denken, dass Menschen die Hilfe benötigen unklare Personen sind → andere sprechen diesen Menschen eine gekürzte Version ihres Selbst zu (in der Einzigartigkeit und Ganzheit fehlen), um mit der Unklarheit der beiden Ebenen (öffentlich, inneres) der Persönlichkeit klar zu kommen
- Resultat: Zuschreibung einer atypischen Selbst-Kategorie ausserhalb des Bereichs eines gewöhnlichen Lebens, was den Eingriff in deren Leben und das Entfernen deren gewöhnlichen Rechte legitimiert → ABER: bleibt so nah mit der typischen Konzeption von Persönlichkeit verbunden, dass die Pflicht für sie zu sorgen erhalten bleibt
- heisst soviel wie: Betroffene werden bevormundet durch patriarchische Überwachung, Beschützung, Kontrolle und Beobachtung, aufgrund ihrer fehlenden Fähigkeit gewissen kulturellen Idealen von Unabhängigkeit und Autonomie (=wichtige Zeichen voller Persönlichkeit) nicht gerecht werden können
- Indem sie den beeinträchtigten Menschen ein volles einzigartiges inneres Selbst verwehren, legitimieren Fachpersonen viele Formen von Eingriff, Übergriff und Manipulation der Persönlichkeit, Autonomie und Privatsphäre → ihre Intimität wird kontrolliert durch andere, die sagen, wann sie schlafen, was sie essen, mit wem sie eine Beziehung haben, wo sie arbeiten dürfen

→ Zusammengefasst: Weil Betroffene nicht alle Erfordernisse von vollem Erwachsensein, wie es in unserer Gesellschaft definiert ist, erfüllen können, entziehen wir ihnen demokratische Schlüsselrechte im Bereich der Privatsphäre und dem Treffen von Entscheidungen

→ Paradox: Das moderne Konzept einer Person verbunden mit zeitgemässen Menschenrechten im Westen (=vorwiegend egozentrische Sicht auf die Person als autonom und unabhängig) führt uns dazu, die Gruppe der Betroffenen zu entmenschlichen und ihnen grundsätzliche Rechte zu entziehen → Verlust von persönlicher Unabhängigkeit und Autonomie hat nicht den gleichen entmenschlichenden Effekt in Kontexten, in denen soziozentrische Aspekte des Selbst von grösster Wichtigkeit sind in der Definierung von Persönlichkeit (Verbindung zu einer grösseren sozialen Gruppe ist wichtiger in der Definierung der Persönlichkeit als Autonomie und Unabhängigkeit) (*Gedanken von Carolina dazu: Warum weniger entmenschlichend? Selbst-Konzeptualisierung ist weniger individualistisch und nicht so stark mit Autonomie, Unabhängigkeit → löst bei den anderen nicht die Irritation aus wie im Westen → keine gekürzte Version des Selbst zuschreiben → Rechte nicht einschränken → trotzdem werden sie sich aber ja um die Person kümmern, also in ihre Intimität, Autonomie eindringen (ist ja auch entmenschlichend, oder?!)* → doch ist das vermutlich weniger schlimm, weil Privatsphäre, Autonomie generell weniger hohen Stellenwert hat und die Person sich hier nicht so stark dadurch identifiziert und sich mit einem Eingriff darin nicht angegriffen fühlt.)

- Teilnehmende hielten Anzweiflungsversuchen an der Einzigartigkeit ihres inneren Selbst ähnlich stand, wie der Verneinung der Kontinuität des inneren Selbst: durch passive Zweifel, entgegengesetzte Diskurse und Widerstand → Verhindert Zuschreibung von unterbrochenem oder vermindertem Selbst; bewahrt die Angleichung an die globale Gesellschaft und volle Menschlichkeit und erhält kraftvolle Gefühle von Kontinuität, Individualität und Ganzheit über die Verletzungserfahrung hinweg aufrecht

Wiedererfinden von Selbstheit infolge erworbener Hirnschädigung:

Wie hat sich Persönlichkeit als Ganzes durch die Verletzungserfahrung verändert hat (Zusammentragen, der bisherigen Ergebnisse):

- Betroffene haben die moralische Hierarchie und den relativen Wert der beiden Aspekte (öffentlich, privat) des Selbst verändert:
 - Inneres Selbst: ultimativer, exklusiver moralischer Wert für die Persönlichkeit
 - Öffentliches Selbst: kritisiert als oberflächlich, oberflächlich, stereotypisch und materialistisch verglichen mit den wichtigeren authentischen Charakterzügen des inneren Selbst
- Soziale Rollen und Status, die seit der Verletzung verloren sind werden nicht mehr als wichtige Determinanten von persönlicher Ganzheit oder Glücklichkeit gesehen
- Verlust gewisser Aspekte des sozialen Selbst = erleuchtender Moment
- **zeigt die Unbeständigkeit und Leere von Sozialen Identitätsmarker und die endgültige moralische Überlegenheit des inneren Selbst**
- **was zuerst als Verlust in den öffentlichen Aspekten des Selbst auftaucht wird in einen endgültigen moralischen Gewinn umgewandelt**
- Soziale Identität (gut sichtbar und nachweisbar in Aufgabenperformanz, jedoch weniger gewichtig für Definierung von Persönlichkeit in westlichen Gesellschaft) wird geopfert und das private Selbst wird moralisch aufgewertet → spiegelt eigentlich die typische Hierarchie in den westlichen Kontexten wieder (Überlegenheit des inneren Selbst) und wird von den Betroffenen noch betont indem Belange zu soziale Identität und Status als oberflächlich und teilweise amoralisch erachtet werden
- Übermäßige Aufwertung des inneren Selbst: Ermöglicht den Teilnehmer die Verluste in sozialen Status in die Peripherie ihrer Persönlichkeit zu verbannen, weg von ihrem moralischen Kern → Persönlichkeit wird nun hauptsächlich dem inneren Selbst zugeschrieben → dieses wird von den Betroffenen als über die Verletzungserfahrung intakt geblieben erachtet und gleichzeitig werden neue positive Charakterzüge gewonnen (z.B. grössere Geduld, Mitgefühl, mehr Erfahrung, Respekt für Leben) → **Betroffene konstruieren die Verletzungserfahrung als eine Erfahrung in der das Selbst endgültig einen moralischen Wachstumsprozess durchlaufen hat und nicht als ein Prozess der von Verlust, Reduktion, Verkleinerung, Kummer geprägt ist** (wie es in der Literatur sonst heisst)

Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden?

Kein direkter Rückbezug zu den Forschungsfragen oder dem Ziel der Arbeit. Die zu Beginn genannten Fragen werden auch nicht als Forschungsfragen benannt. Mit den Ergebnissen und ihrer Diskussion können jedoch diese genannten Fragen beantwortet und das Ziel der Arbeit erreicht werden.

Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Praxis

Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?

Kontinuität des inneren Selbst und persönliches Wachstum: Praktische und Klinische Empfehlungen

- Erfahrungszentrierte Perspektive → entdecken von Prozessen die der zwischenmenschlichen Konstruktion des Selbst nach ABI beitragen
- Aufgezeigt wie Aspekte des Selbst durch praktische Einschränkungen durch die Verletzung und durch abwertende, als unrechtmässig erklärende Diskurse anderer bedroht, verleugnet oder ausgeschlossen werden
- Aufgezeigt wie Betroffene solche Bedrohungen kreativ meistern: Prozesse von Neuausrichtung, Widerstand und Erhabenheit
- Dominante Perspektive von Verlust = Kummer und Trauer über das Selbst und das Leben, welche durch die Verletzung verloren gegangen sind = altes Selbst muss beklagt werden und neues Selbst konstruiert → Vorliegende Studie widerspricht dem: Betroffene betrauern nicht den totalen Verlust ihres vergangen Selbst und Leben
 - Betroffene beschreiben zwar negative Veränderungen und Verluste im Selbst nach der Verletzung → scheinen sich jedoch auf öffentliche Aspekte des Selbst zu beschränken

- Private Aspekte des Selbst werden charakterisiert mit: Beständigkeit und Stabilität
- Werden Veränderungen wahrgenommen → Selbst-Verstärkung betont
- Ergebnisse unterstützen gleichzeitig Aussagen zu verlorenem Selbst (wie in der Literatur dominiert) und zu ununterbrochenem Selbst

Schlussfolgerung:

- Aus Sicht der Betroffenen ist Persönlichkeit weder nur zersplittert oder verloren noch nur erhalten über die Verletzungserfahrung hinweg
- das Selbst ist keine einheitliche Einheit, sondern hat viele verschiedene Facetten, die sich nach der Verletzung unterschiedlich entwickeln
- moralisches Wachstum und Prozesse von Erhabenheit sind auch in die Konstruktion der Persönlichkeit nach der Verletzung involviert, indem Verluste in den sozialen Identität kreativ durch übermässige Aufwertung gewisser moralischer Komponenten des inneren Selbst bewältigt werden → trägt zur Komplexität des Phänomens bei.
- obwohl gewisse Aspekte des Selbst möglicherweise verloren oder negativ verändert sein können, erfahren andere auch Kontinuität, Genesung, Veränderungen in Gewichtung und positives Wachstum
- Betroffene konstruieren ihre Persönlichkeit nach der Verletzung durch Kombination von (positiven und negativen) Elementen ihres alten und ihres neuen Selbst → Existenz ist sowohl kontinuierlich, als auch unterbrochen
- ermöglicht gleichzeitig gewisse Verluste und negative Veränderungen sich einzugestehen und ein Gefühl von Kontinuität und Wachstum zu erhalten
- Selbst nach der Verletzung ist „neu“, da es sich von dem von vor der Verletzung unterscheidet
- ABER: heisst nicht, dass das vorherige Selbst komplett verloren gegangen ist oder ersetzt wurde.
 - Es braucht weitere Forschung in den Prozessen von Stabilität, Genesung, Erhabenheit und Wachstum in diesem Bereich

Empfehlung:

- Delegitimation der Kontinuität und Einzigartigkeit der inneren Selbst der Teilnehmenden und die Leugnung gewisserer zukünftiger Selbst durch andere deuten evtl. darauf hin, dass vor allem andere verantwortlich sind für die Interpretation eines verlorenen Selbst → möglicherweise sind es die anderen die diese Interpretation in die Interaktion mit den Betroffenen tragen
- Andere Autoren behaupten, dass medizinische Fachkräfte dazu tendieren mit spezifischen, narrativen Erwartungen in eine Interaktion mit Klienten einzutreten
- wichtig dass wir die Anwendung dieser Interpretation kritisch bedenken, sowohl bezüglich den Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen als auch auf die therapeutische Praxis: Betroffene können grösstenteils dem vorgefertigten Blickwinkel der anderen widerstehen und die Stabilität, Einzigartigkeit und Kontinuität in gewissen Aspekten des Selbst wiederherstellen → dieser Diskurs über das verlorene Selbst ist nicht nur unangemessen aus der Perspektive der Individuen, die ihr Selbst als nuanciert erleben → resultiert möglicherweise in moralischen Leiden bei denen, die ihr wichtigstes Element der Persönlichkeit als nicht komplett verändert wahrnehmen
- Diesen Diskurs über das verlorene Selbst zu forcieren, bei solchen Menschen die sich nur äusserlich und minimal verändert wahrnehmen nach der Verletzung löst evtl. unnötig emotionaler Distress aus.
- therapeutische Reaktionen den Betroffenen zu unterstützen sein altes Selbst zu betrauern und ein neues aufzubauen können die Fähigkeit für positives Wachstum in der Persönlichkeit einschränken und gefährden die Tendenz der Betroffenen Kontinuität über die Lebensspanne hinweg zu konstruieren
- Erhabenheit und Konstruktion von entgegengesetzten Diskursen stellen mächtige Prozesse dar, die zu einem Gefühl von persönlichem Gewinn und Erleuchtung als Resultat auf die Verletzungserfahrung und somit zu einer positiven Neigung trotz schwieriger Erfahrung beitragen können
- Erfolge in Selbst-Widerausrichtung sind enorm bedeutungsvoll → Verbindung zu vergangenem Selbst kann möglicherweise enorm belohnend sein → sollte nicht ignoriert werden
- Weitere Forschung:
 - Ausmass indem therapeutische Diskurse zu verlorenem Selbst das Gefühl von Kontinuität und Wachstum bedrohen

- Beeinträchtigt dieser Diskurs möglicherweise die Qualität der therapeutischen Beziehung oder vermindert Motivation und Einbindung in Therapie, durch das Widersprechen der Selbst-Geschichte der Klienten?
- Erkunden von möglicher Rolle von Fachpersonen im Prozess von Erhabenheit und moralischem Wachstum, der Bildung (oder Abbau) einem Gefühl von Selbst-Kontinuität über die Verletzungserfahrung hinweg
- Beteiligung von Fachpersonen und Verwandten indem sie das Selbst der Betroffenen in einer gekürzten Form konstruieren
- Verstehen zu welchem Ausmass therapeutische Narrative die Kontinuität oder Unterbrechung des Selbst unterstützen: Was sind die Folgen von der Grundannahme von Veränderung (zentral in therapeutischen Aktivitäten) für die Kontinuität des Selbst? Beeinflussen die Auswertung der Therapeuten oder moralische Bewertungen des Selbst von vor der Verletzung die Beschwörung von therapeutischen Narrativen, die Selbst-Kontinuität entweder unterstützen oder hindern?
- Sollte grösseres Sample nutzen um zu bestimmen ob Individuen mit unterschiedlichen persönlichen oder Verletzungsbedingten Charakteristiken (z.B. Kommunikationsprobleme) gleiche Erfahrungen haben, wie die hier beschriebenen Betroffenen

Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse?

Limitationen:

- Kleines Sample
- Nur eine anfängliche Untersuchung der Mehrdeutigkeit und der Nuancen, die in der Konstruktion des Selbst nach der Verletzung vorkommen
- Nur eine anfängliche Untersuchung um gegen extreme Positionen zu argumentieren, die die Erfahrung des Selbst auf entweder strikt kontinuierlich oder strikt unterbrochen reduzieren
- Resultate sind nicht repräsentativ für alle ABI Betroffenen oder deren Erfahrungen des Selbst.

Würdigung der Studie Gelech und Desjardins (2011)

Einleitung

Relevanz/Signifikanz der Arbeit :

- Studie fokussiert ein sozialpsychologisches Thema innerhalb der Gesundheitsforschung: Rekonstruktion des Selbst nach ABI → Forschende erklären einen sozial konstruktivistischen Blick auf Persönlichkeit
- Autoren weisen auf eine Forschungslücke in der Literatur zu erworbener Hirnschädigung hin
- betonen die Absicht, ihre Verantwortung ernst zu nehmen, und das eigene Fachgebiet hinsichtlich dominierenden Meinungen kritisch zu prüfen
- Stellen entsprechend relevante Fragen zum Thema, aus einem anderen Blickwinkel, als dem, der zurzeit in der Literatur dominiert

Beschreibung des Phänomens:

- Phänomen des Selbst wird ausschweifend und komplex beschrieben, Forschende stützen sich dabei auf viele Quellen. Zuerst allgemein in Verbindung mit der Gesellschaft und unter Zuhilfenahme semiotischer Konzepte, dann in Verbindung mit erworbener Hirnschädigung
- Zeigt dabei auf, was aktueller Forschungsstand ist und schildert die in der Literatur dominierende Sichtweise, dass nach ABI das Selbst zersplittert und verloren ist → macht dabei die eigene kritische Position klar und stellt entsprechende Fragen zum Thema

Forschungsfrage:

- oben erwähnte gestellte Fragen werden nicht als Forschungsfrage benannt
- es handelt sich um geschlossene Fragen, die nach Möglichkeiten fragen und als Hypothesen verstanden werden könnten (es ist eine Stellungnahme/ Meinung ersichtlich => es kann bezweifelt werden, ob Forschende tatsächlich offen waren, ihre Vorannahmen zu revidieren und ggf. andere Ergebnisse zu finden, obwohl die gewählte Methode dies grundsätzlich zulassen würde)

Ziel der Forschungsarbeit:

- Fokus der Arbeit wird komplex aber nachvollziehbar insbesondere mithilfe der gestellten Fragen hergeleitet
- Darstellung des Fokus der Arbeit wird nicht eindeutig als Ziel benannt, erscheint jedoch als Folge der Herleitung als Ziel

Methoden

Ansatz/Design:

Narrativer Ansatz passt zum Fokus der Arbeit auf das Phänomen der Rekonstruktion des Selbst nach ABI und wird nachvollziehbar damit begründet, dass das Selbst durch Narrative reflektiert und dadurch Persönlichkeit erarbeitet werden kann

Stichprobe:

- Rekrutierung durch ersten Autor und ausführenden Direktor einer Rehabilitationsstelle (genaues Vorgehen nicht näher beschrieben): Wählen Individuen, die den Anforderungen des Interviewprozesses entsprechen, 4 von 6 sagen zu. →schränkt die Population ein, für die eine Aussage gemacht werden kann: Nur sprachgewandte, reflexive und ausdrucksfähige Menschen mit ABI, ohne Gedächtnisschwierigkeiten (schliesst alle schwerer Betroffenen und Beeinträchtigten aus)
- Charakteristiken der Teilnehmenden sind beschrieben →Stichprobe ist passend (Teilnehmer erleben das zu erforschende Phänomen), aber nicht repräsentativ für die weitgefasst Population von Menschen mit erworbener Hirnschädigung →da es sich beim Fokus der Arbeit und der in diesem Zusammenhang gestellten Fragen um die Bestätigung von Möglichkeiten handelt, gelten die Ergebnisse, die einfach eine Möglichkeit darstellen (als Gegenposition zur dominierenden Meinung in der Literatur), genauso als Möglichkeit für alle Angehörigen der gesamten Population. Die einzelnen gefundenen Ergebnisse können jedoch nicht auf die gesamte beabsichtigte Population generalisiert werden (z.B. nur schon, weil **nur** Menschen nach Verkehrsunfall in der Stichprobe sind).
- Mit 4 Personen kleine Stichprobe, Autoren nehmen am Ende der Arbeit zu Grösse der Stichprobe Stellung und betonen, dass die Ergebnisse nicht für alle Betroffenen generalisierbar ist. Stichprobengrösse ist jedoch angemessen, da es sich um ein narratives qualitatives Design handelt mit dem Fokus auf die Lebenswelt der Betroffenen. Also für die Methode/Ansatz angemessen, Ergebnisse sind aber nicht generalisierbar. Stichprobengrösse wird nicht explizit begründet, ergibt sich jedoch nachvollziehbar aus Rekrutierung (vgl. oben).

Setting wird nicht detailliert beschrieben. Es wird nur genannt, dass sich Interviews von 2 Teilnehmern bei diesen zuhause stattfanden, da sie im Rehabilitationszentrum sich nicht konzentrieren konnten und dass während den Interviews mehrere Pausen gemacht wurden. Und weiter wird beschrieben, dass es sich bei diesem Zentrum um ein lokales soziales Rehabilitationszentrum handelt und dass der Autor vor der Rekrutierung dort Zeit verbrachte, um mit Klienten Beziehung aufzubauen, sich mit Umgebung vertraut zu machen und um Herausforderungen für den Forschungsprozess zu identifizieren.

Datenerhebung:

- Vorgehen bei Lebensgeschichteninterview und halbstrukturierten Interviews werden klar und nachvollziehbar beschrieben und machen deutlich, dass menschliches Erleben, Selbst-Konzeptualisierung, soziale Prozesse und kulturelle Informationen erfragt werden.
- Interviewformat wurde auf die Einschränkungen der Teilnehmer angepasst
- Selbstbestimmung der Teilnehmenden beim Lebensgeschichteninterview betont: Rolle des Interviewers so klein wie möglich gehalten.
- Datensättigung wird nicht diskutiert

Methodologische Reflexion:

- Soziologischer Hintergrund und semiotisches Verständnis des Selbst werden beschrieben, begründet und mit Literatur hinterlegt und passen zum Phänomen
- Qualitativer/Narrativer Ansatz wird nachvollziehbar begründet und passt zum semiotischen und soziologischen Hintergrund, sowie zum Phänomen
- Vorgehen (Stichprobenziehung und Datenerhebung, sowie Datenanalyse) stimmen mit dem qualitativen/narrativen Ansatz überein und erscheinen sinnvoll um das Phänomen zu erforschen.

- inhaltlicher (Kritik an dominierenden Themen in der Literatur) und methodologischer (semiotisches Verständnis, qualitativer/narrativer Ansatz) Standpunkt der Forschenden wird dargestellt

Datenanalyse:

- Prinzipien der qualitativen Analyse nach Good (1994) und Rothe (2000) werden referenziert und entsprechende Schritte der Datenanalyse werden nachvollziehbar, aber nur grob beschrieben.
- Datenanalyse erscheint glaubwürdig und nachvollziehbar. Glaubwürdigkeit wurde unterstützt durch...
 - Vergleiche mit bisheriger Forschung sowie mit relevanten Theorien zu Selbst und Transition (aus theoretischem Modell gewonnen)
 - Datenanalyse erfolgte gleichzeitig durch beide Forscher
 - Forscher blieben im Verlauf der Interpretation in Dialog und Diskussion miteinander
 - Über eine Dokumentation der analytischen Entscheidungen ist nichts bekannt → nicht überprüfbar

Ethik:

Es wird genannt, dass ethisches Prozedere verfolgt wurde (inkl. anonymisieren der Daten) und die Studie überprüft wurde. Autor verbrachte schon vor der Rekrutierung Zeit im besagten Rehabilitationszentrum, um mit Klienten eine Beziehung aufzubauen. Weiter wird nicht auf ethische Fragen eingegangen.

Ergebnisse

Diskussion

- Ergebnisse und Diskussion lassen sich nicht eindeutig trennen (z.B. referenzieren sie andere Autoren inmitten der Beschreibungen der Ergebnisse). Es ist nicht klar ersichtlich, was Ergebnis und was Interpretation der Autoren ist. Die beschriebenen Ergebnisse (inkl. nicht trennbarer Interpretation) reflektieren jedoch die Reichhaltigkeit der Daten. Wobei teilweise gewisse Ergebnisse und Schlussfolgerungen unnötig oft wiederholt werden (z.B. dass das innere Selbst als kontinuierlich wahrgenommen oder dass sich Betroffene von unpersönlichen anderen nicht mehr als Individuen angesehen empfanden). Ergebnisse, Interpretationen und Zitate ergeben ein ausführliches, nachvollziehbares und reichhaltiges Ganzes, welches hilft das Phänomen der Rekonstruktion des Selbst nach ABI besser zu verstehen. Es erscheint aus einer kunstvollen und umfangreichen Analyse entstanden. Das Phänomen wird als Ganzes vielschichtig, detailliert und umfassend ausgeleuchtet und erklärt. Durch die fehlende klare Trennung der Ergebnisse von der Diskussion werden die Beziehungen zwischen einzelnen Themen und Konzepten direkt hergestellt und erläutert, sowie theoretisch verknüpft und mit Literatur hinterlegt. Das ermöglicht ein vertieftes Verständnis, erschwert im Gegenzug jedoch Interpretation und Fakt zu unterscheiden → reduziert klar die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.
- Ergebnisse (inkl. nicht eindeutig trennbare Interpretationen) sind präzise beschrieben und nicht zuletzt durch die gleichzeitige Diskussion deutlich im Kontext verankert. Die Zitate illustrieren und bestätigen die Ergebnisse und Interpretationen und deuten, soweit erkennbar, darauf hin, dass die Konzeptualisierung der Forschenden (öffentliches und privates, inneres Selbst; Verluste im öffentlichen Selbst; Kontinuität des inneren Selbst, Individualität und Einzigartigkeit des inneren Selbst; westliche Werte/Konzeptualisierung des Selbst und deren Einfluss; Entmenschlichung; moralisches Neubewerten; Wachstum) mit den Daten übereinstimmen. Nicht zu jedem Ergebnis und jeder Interpretation ist ein Zitat vorhanden. Die einzelnen aufgezeigten Konzepte und Themen sind grösstenteils inhaltlich unterscheidbar (bei den Unterthemen *Kontinuität und Einzigartigkeit* kommt es zu inhaltlichen Überschneidungen und vielen Wiederholungen) und logisch konsistent, wenn auch teilweise unnötigerweise oft wiederholt.

Forschungsfrage und Ziel

- Obwohl nicht explizit auf das Ziel oder die genannten Fragen Bezug genommen wird, wird bei einer Kontrolle deutlich, dass alle Fragen in den Ergebnissen und der Diskussion thematisiert wurden und auch der Fokus der Arbeit gehalten und somit das Ziel erreicht wurde.

Literatur

- Die Ergebnisse und Interpretationen werden jeweils direkt mit Literatur hinterlegt. Es handelt sich dabei mehrheitlich um mehr als 10 Jährige Literatur (von 2011 an gerechnet) und ist nicht immer korrekt referenziert (mehrmals fehlen Jahreszahlen). Zudem referenzieren die Autoren mehrheitlich Bücher statt Studien aus Journals. Es handelt sich also mehrheitlich um theoretische

möglicherweise konzeptionelle Literatur zum Phänomen. Mehrmals bezieht sich die referenzierte Literatur jedoch auch nicht eindeutig auf das Phänomen selbst, sondern eher auf allgemeinere Themen, die mit den Themen der Interpretation, Diskussion rund um das Phänomen in Verbindung stehen (z.B. Anthropologie von Schmerz, Interpretation von Kulturen, Asyl, Narrative zu Krankheit, Diskurs über Medizin und Anthropologie, Individuum und Kunst, die andere Welt von beeinträchtigten Menschen).

Ergebnisse brauchbar und relevant? Schlussfolgerungen und Implikationen?

- Limitationen der Studie werden nur bezüglich dem kleinen Sample benannt, weitere Limitationen (wie zum Beispiel, dass die Literatur, auf die sie sich stützen relativ alt ist, dass sie wenig Primärquellen nutzen, dass nicht alle Ergebnisse empirisch verankert sind, dass sie die Ergebnisse nicht getrennt von der Interpretation präsentieren) werden nicht genannt. Die Autoren machen aber (mit der Begründung des kleinen Samples) darauf aufmerksam, dass die Ergebnisse nicht generalisierbar sind. Weiter weisen sie darauf hin, dass es sich hier nur um eine anfängliche Untersuchung zu den beabsichtigten Themen (Mehrdeutigkeit in der Konstruktion des Selbst nach der Verletzung, Argumentation gegen extreme Positionen) handelt.
- Obwohl die Ergebnisse nicht generalisierbar sind und obwohl sie methodisch und bezüglich Gütekriterien teilweise mangelhaft erscheinen, sind sie insofern relevant, da sie zum Nachdenken anregen, wie (bzw. wie nicht) mit Menschen mit erworbener Hirnschädigung umgegangen werden soll (→passt zum Fokus der Arbeit). Es werden entsprechende Empfehlungen abgegeben, was man (als Gesundheitsfachperson) *nicht* tun sollte, wie z.B. den Betroffenen dazu bringen sein verlorenes Selbst zu betrauern und ein neues aufzubauen, mit einer Erwartung von Verlusten im Selbst in die Interaktion starten. Keine oder nur indirekt ableitbare Empfehlungen dazu, was man tun soll (z.B. Aussage, dass Erfolge in Selbst-Wiederausrichtung und Verbindung mit vergangenem Selbst bedeutungsvoll und gewinnbringend sein kann, daraus kann man ableiten, dass es sich lohnt dies zu unterstützen (→wird aber nicht explizit so benannt)). Die Empfehlungen bleiben damit auf einem sehr abstrakten Level, es handelt sich eher um eine Haltung die eingenommen werden sollte, als auf eine konkrete Handlung, die empfohlen wird (→war auch nicht Fokus der Arbeit). Insofern scheinen die Ergebnisse und Empfehlungen an sich für Gesundheitsfachpersonen relevant, müssen jedoch mit Vorsicht genossen werden. Die Relevanz wird nicht direkt von den Autoren diskutiert.
- Die Schlussfolgerungen nehmen die Ergebnisse nochmals auf und setzen sie mit den Empfehlungen in einen Kontext, indem sie als Haltung (vgl. oben) genutzt werden können.
- Implikationen für weitere Forschung werden genannt und beziehen sich stark auf die Rolle und das Verhalten von (therapeutischen) Fachpersonen innerhalb der Thematik der Konstruktion des Selbst. Die Implikationen ergeben sich aus den Schlussfolgerungen und den darauf folgenden Empfehlungen. Sie decken nur einen Teilbereich möglicher Forschung zum Thema der Konstruktion des Selbst nach erworbener Hirnschädigung.

Güte nach Flick und Steinke (2010) der Studie Gelech und Desjardins (2011):

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

- *Dokumentation des Forschungsprozesses:*
 - Vorverständnis der Forschenden: Die Autoren zeigen v.a. in den Abschnitten „Self and Society“ und „Portrait of Acquired Brain Injury Survivors in the Literature: The Lost Self“, jedoch auch in den nachfolgenden Textabschnitten einerseits durch referenzierte Literatur, andererseits durch theoretische Beschreibungen zum Thema, verschiedene Kenntnisse zur Konstruktion des Selbst nach erworbener Hirnschädigung auf. Zudem scheinen sie sich ausgiebig über bestehende Literatur Gedanken gemacht zu haben und beziehen dazu Stellung, indem sie den Fokus ihrer Arbeit darauf legen, die dominierende Ansicht des „Verlorenen Selbst“ in der Literatur kritisch zu hinterfragen. Sie äussern sich jedoch nirgends direkt über ihr Vorverständnis zum Thema.
 - Beschreibung des Forschungskontextes und der Erhebungsmethoden: Der Forschungskontext ist knapp beschrieben. Die Erhebungsmethoden sind grösstenteils klar und nachvollziehbar beschrieben. Es wird geäussert, dass auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden eingegangen wurde (z.B. zu Hause das Interview durchführen, Pausen

- möglich, Interviews an zwei unterschiedlichen Tagen durchgeführt). Zur Stichprobenziehung sind wenige Informationen vorhanden und lassen keine vollständige Beurteilung zu, ob dabei angemessen vorgegangen wurde. Die Schritte der Datenanalyse sind knapp aber nachvollziehbar aufgeführt und referenziert. Methodologischer Standpunkt wird dargestellt.
- Gemäss den Beschreibungen der Autoren wurde der Interviewtyp richtig eingesetzt und die Reichhaltigkeit der Ergebnisse scheint dies zu bestätigen.
 - Die Transkriptionsregeln werden nicht näher beschrieben.
 - Wortwörtliche Zitate passen jeweils zum Kontext und erlauben punktuell eine Überprüfung der Resultate. Es sind jedoch nicht zu allen Ergebnissen Zitate vorhanden, es kommen oft auch sinngemässe Wiedergaben von Äusserungen der Interviewpartner vor. Beobachtungen, Hypothesen, Interpretationen der Forschenden werden direkt mit den Zitaten sowie mit weiterführenden Literatur verknüpft. Es ist nicht immer eindeutig nachvollziehbar, was nun Interpretation der Forschenden ist und was die Teilnehmenden tatsächlich geäußert haben.
- *Interpretation in Gruppe*: Datenanalyse erfolgt gleichzeitig von beiden Forscher und es kommt zu einem Austausch. →fördert Glaubwürdigkeit, gewährleistet diese jedoch nicht abschliessend, da beide Forschenden Teil der gleichen Untersuchung sind.
 - *Anwendung kodifizierter Verfahren*: Die Forschenden nennen die qualitative Analyse nach Good (1994) und Ruthe (2000) angewendet zu haben. Anhand der Schritte der Datenanalyse kann von der Anwendung kodifizierter Verfahren ausgegangen werden.

Indikation des Forschungsprozesses

- Es ist keine konkrete Fragestellung vorhanden. Der Fokus der Arbeit, sowie im Zusammenhang der Herleitung dieses Fokus gestellte Fragen und der Gegenstand des zu thematisierenden Phänomens der Rekonstruktion des Selbst nach der Verletzung lassen folgende Einschätzung zu: Sowohl das narrative als auch das weitergefasste qualitative Vorgehen ist angemessen.
- Die verwendeten Methoden sind für den Untersuchungsgegenstand angemessen.
- Fragen des halbstrukturierten Interviews wurden im Anschluss an die Lebensgeschichteninterviews jeweils auf die Teilnehmer individuell passend erstellt, um das Phänomen noch vertiefter zu erfassen.
- Die Reichhaltigkeit der Ergebnisse bestätigt, dass sich die Forschenden in den Lebensgeschichteninterviews und halbstrukturierten Interviews zurückgenommen haben und die Teilnehmenden den Verlauf des Interviews bestimmen konnten.
- Die subjektiven Perspektiven werden jedoch möglicherweise durch methodische Strukturen leicht eingeschränkt, da die Forschenden im zweiten halbstrukturierten Interview gewisse, von ihnen gewichtete Punkte näher erfragten. Wie sehr, ist jedoch nicht abschliessend beurteilbar.
- Der Fokus der Arbeit auf eine Kritik der bestehenden Literatur beabsichtigt per se eine Irritation des Vorwissens. Da die Autoren jedoch genau auf das abzielen, ist fraglich, ob ihre persönliche vorgefertigte Meinung, also die Kritik, die den Fokus der Arbeit ausmacht, im Vorgehen überhaupt irritiert werden könnte. Da das Vorgehen zwar nachvollziehbar aber nicht sehr ausführlich beschrieben ist, kann das nicht abschliessend beurteilt werden. Dass die Autoren jedoch Daten, die im ersten Moment als widersprüchlich erscheinend (Bsp. siehe unten*), erklären können (unter Einbezug der vorgeschlagenen Konzeption) deutet darauf hin, dass schon auch Irritationen möglich waren, wenn auch nicht im Kern ihrer vorgefertigten Meinung.
- Transkriptionsregeln können nicht näher beurteilt werden, da nicht näher beschrieben.
- Samplingstrategie: Rekrutierung nicht sehr differenziert beschrieben. Beschreibung deutet jedoch darauf hin, dass durch die Auswahl der Teilnehmenden die Population eingeschränkt wird, für die eine Aussage gemacht werden kann. Stichprobe ist aber passend (Teilnehmer erleben das zu erforschende Phänomen), wenn auch nicht repräsentativ für die weitgefasst Population von Menschen mit erworbener Hirnschädigung. Da es sich beim Fokus der Arbeit und der in diesem Zusammenhang gestellten Fragen um die Bestätigung von Möglichkeiten handelt, gelten die Ergebnisse, die einfach eine Möglichkeit darstellen (als Gegenposition zur dominierenden Meinung in der Literatur), genauso als Möglichkeit für alle Angehörigen der gesamten Population. Die einzelnen gefundenen Ergebnisse können jedoch nicht auf die gesamte beabsichtigte Population generalisiert werden (z.B. nur schon, weil **nur** Menschen nach Verkehrsunfall in der Stichprobe sind oder weil die Stichprobengrösse recht klein). Für das narrative qualitative Design, sowie den Fokus der Arbeit ist das Sampling ausreichend.

- Methoden der Erhebung und Analyse passen zueinander und ist angesichts der verfügbaren Ressourcen angemessen.
- Die Forscher erwähnen wenige Qualitätskriterien, der Austausch zwischen den Forschenden während der Interpretation verbessert zwar die Intersubjektivität, insgesamt scheint diesem Punkt jedoch zu wenig Aufmerksamkeit beigemessen worden zu sein.
- Ergebnisse und Diskussion werden nicht getrennt präsentiert, was die Nachvollziehbarkeit erschwert => es ist nicht ersichtlich, wie viel die Autoren aus den Aussagen interpretiert haben und was tatsächlich gesagt wurde (trotz der Zitate)

Empirische Verankerung

- Die Forschenden erwähnen nicht direkt kodifizierte Verfahren.
- Der gesamte Fokus der vorliegenden Studie basiert auf Wissen aus bestehender Literatur, das auf den ersten Blick teilweise widersprüchlich oder inkompatibel scheint. Mit der in der Studie dargestellten Theorie/Konzeption schaffen die Autoren eine Möglichkeit die widersprüchlich erscheinenden Fakten miteinander zu verbinden.
- Die zu Beginn generierte Theorie/Konzeption in Form der Kritik an in der Literatur dominierenden Thema „des verlorenen Selbst“ und in Form der in diesem Zusammenhang gestellten geschlossenen Fragen wird durch die auftauchenden Themen bestätigt und mit Zitaten hinterlegt.
- *Nicht bei allen der 4 Teilnehmenden taucht das Unterthema der Einzigartigkeit des inneren Selbst auf. In einer Fussnote stellen die Autoren eine plausible Vermutung an, warum bei der 4. Person dieses Unterthema nicht auftaucht. Mithilfe dieser Erklärung gelingt es, den Widerspruch so zu deuten, dass er die Theorie/Konzeption sogar unterstützt.
- Es wird nicht von einer kommunikativen Validierung geschrieben.

Limitation

- Der Geltungsbereich der Theorie/Konzeption wird nicht aktiv ausgetestet (also weder mit Fallkontrastierung noch mit Untersuchung besonders extremer Fälle). Es wird jedoch auf die eingeschränkte Generalisierbarkeit der Theorie/gefundenen Konzepte hingewiesen.

Kohärenz

- Die generierte Theorie bzw. Konzeption ist in sich konsistent und kohärent. Widersprüche in den Daten und Interpretationen werden thematisiert, wenn auch nur am Rande (in Fussnote). Wie bereits oben genannt, basiert schlussendlich die gesamte Konzeption, die in der Studie aufgezeigt wird auf einer Kritik an der bestehenden Literatur, in der Widersprüche bestehen. Die Theorie/Konzeption schafft es, die bestehenden widersprüchlich erscheinenden Fakten zu einer kohärenten, konsistenten Theorie zu vereinen.

Relevanz

- Da keine konkrete Fragestellung besteht, kann ihre Relevanz auch nicht beurteilt werden. Die Autoren weisen jedoch auf eine Forschungslücke hin bzw. auf Unstimmigkeiten in bestehender Literatur bzw. auf dominierenden Themen, die es zu hinterfragen gilt. Damit ist die Studie in ihrer Relevanz begründet. Die entwickelte Theorie/Konzeption ermöglicht ein vertieftes Verständnis des zu beschreibenden Phänomens und es gelingt den Autoren damit gewisse Widersprüchlichkeiten aus der bestehenden Literatur zu vereinen. Weiter scheinen die Ergebnisse auf Missstände im Umgang mit Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung hinzudeuten. Das verstärkt die Relevanz der Thematik.
- Die Ergebnisse sind jedoch nicht verallgemeinerbar, was jedoch nicht zwingend notwendig ist, da der Fokus der Arbeit anders liegt.
- Die entwickelte, bzw. bestätigte Konzeption ist durch passende Übertitel überschaubar, jedoch wäre eine graphische Darstellung oder Tabelle zusätzlich unterstützend für das Verständnis und den Überblick.

Reflektierte Subjektivität

- Die Forschenden gehen darauf nur zu Beginn kurz ein, indem sie aufzeigen, dass sie bestehende Literatur ihres Forschungsgebiets kritisch hinterfragen. Sich selbst als Subjekt reflektieren sie jedoch kaum und gehen auf diese Kriterium auch nicht näher ein. Einzig die Beschreibung, dass die Forschenden vor der Rekrutierung im Rehabilitationszentrum Zeit verbrachten um sich mit dem Setting, den Betroffenen und ihren Einschränkungen vertraut zu machen um diese zu bedenken, verkörpert ein Ansatz ihrer Selbstreflexion.

Evidenz mittels 6-S-Pyramide nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009) der Studie Gelech und Desjardins (2011):

- Individual Studies => Originalartikel, qualitative Studie, welche in einem Journal publiziert wurde