Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

Masterarbeit

Wozu fordert herausforderndes Verhalten heraus?

Eine qualitative Studie zur Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung aus einer bindungstheoretischen Perspektive

Hanna Zihlmann

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Gabriela Antener, lic. phil.

Horw, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Danksagung

Mein herzlicher Dank für die Ermöglichung dieser Untersuchung geht an die Verantwortlichen des untersuchten Praxisfeldes, im Besonderen an die befragten Betreuungspersonen, sowie die in der Vorbereitung beteiligten Fachpersonen. Ebenso herzlich bedanke ich mich bei meiner Referentin und den weiteren Menschen um mich herum, die anregend, unterstützend und geduldig zu dieser Arbeit beigetragen haben.

Vorwort

> Auch wir sind die Verfasser der anderen; wir sind auf eine heimliche und unentrinnbare Weise verantwortlich für das Gesicht, das sie uns zeigen, verantwortlich nicht für ihre Anlage, aber für die Ausschöpfung dieser Anlage (Frisch, 1976, S. 31).

Mit diesem Zitat soll - als Einstieg in die Lektüre dieser Arbeit - eine Vorannahme der Autorin aufgezeigt werden, die die Wahl des Themas begründet. Während Frisch sich hier auf allgemeine zwischenmenschliche Prozesse bezieht, will die vorliegende Arbeit einen Teilaspekt dieser „heimlichen und unentrinnbaren" Verantwortlichkeit im Feld der institutionellen Betreuung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung näher betrachten. In Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung wird der Begriff ‚herausforderndes Verhalten' dem Begriff der ‚psychischen Beeinträchtigung' meist vorgezogen. In dieser Arbeit wird dieser ‚Herausforderung' nachgegangen in der Annahme, dass hinter so bezeichnetem Verhalten ein Erleben steht, das im zwischenmenschlichen Austausch entsteht, diesen auch heraus fordert und sich auf diese Weise differenziert und weiter entwickelt. Es geht dabei um den für Verhalten und Erleben wichtigen und für das alltägliche Zusammenleben zentralen Aspekt der Affektregulation im Zusammenhang mit Bindung.

Abstract

Im Praxisfeld der institutionellen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung besteht ein hoher Handlungsdruck in Bezug auf den Umgang mit sogenannt herausforderndem Verhalten von Klientinnen und Klienten. Aktuelle Studien zu Zusammenhängen von Stresserleben, Bindung und Emotionsregulation zeigen den (affektregulierenden) Stellenwert von Betreuenden als Bindungsfiguren. Für Menschen mit geistiger Behinderung sind aus einer entwicklungspsychopathologischen Sichtweise besondere Risiken für asynchrone Entwicklungsverläufe, hoch unsicheres oder desorganisiertes Bindungsverhalten und die Entwicklung psychischer Störungen gegeben. Mit der vorliegenden explorativen Studie wurde untersucht, wie bindungstheoretisch relevante Aspekte von Betreuenden von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung in ihrer praktischen Tätigkeit wahrgenommen und affektregulierend umgesetzt werden. Im Weiteren wurden daraus Hypothesen zum Transfer bindungstheoretischer Konzepte in diese Betreuungstätigkeit generiert. Es wurden neun episodische Einzelinterviews und eine Fokusgruppe durchgeführt. Daraus resultierte ein induktiv hergeleitetes Kategoriensystem, welches die Vielfalt praxisbasierter Bezüge zu Bindung und Affektregulation aufzeigt. Im Weiteren zeigten sich die hohe Relevanz der Betreuungsbeziehung in der Bewältigung von kritischen Situationen, der Umgang mit Gewalt und affektiven Durchbrüchen und/oder Unzugänglichkeit in der Interaktion und die Interpretation des Verhaltens, resp. Erlebens von Klientinnen und Klienten als wichtige Themenfelder mit entsprechender bindungstheoretischer und praxisrelevanter Bedeutung. Die Bindungstheorie stellt - eine institutionell-strukturelle Verlässlichkeit ergänzend - konzeptionelle Modelle für die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen zur Verfügung, die aufgrund hoch unsicherer oder desorganisierter Bindungsorganisation auf besondere Unterstützung in der Affektregulation angewiesen sind. Es zeigt sich, dass für den Transfer solcher Modelle in die Praxis mit viel implizitem Beziehungswissen und - im Fall dieser Untersuchung mit besonders erfahrenen Betreuenden – mit fachlichem und persönlichem Engagement gerechnet werden kann.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

1.1 Ausgangslage und Problemstellung 1
1.2 Fragestellung und Forschungsziel 2
1.3 Aufbau der Arbeit 2
1.4 Präzisierung und Abgrenzung 3

2 Theoretischer Teil 3

2.1 Bindungstheoretische Grundlagen 4
2.2 Emotionsentwicklung und Bindung 6
2.2.1 Bindungsentwicklung 7
2.2.2 Emotionsregulation im Kontext der frühen Bindungsentwicklung 11
2.2.3 Intersubjektive Affektregulation, Mentalisierungsfähigkeit und Selbstregulation 13
2.2.4 Mentalisierungsfähigkeit, Feinfühligkeit und interpersonale Affektregulation 16
2.3 Bindungstheorie und Entwicklungspsychopathologie 19
2.3.1 Bindungstheoretisch fundierte Interventionen 22
2.4 Bindung und Affektregulation im Kontext geistiger Behinderung 24
2.4.1 Spezifische entwicklungspsychologische Grundlagen 25
2.4.2 Aktuelle Forschungsergebnisse 27
2.5 Handlungsmodelle und spezifische Anforderungen in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung 32
2.6 Zusammenfassung der theoretischen Bezüge für den empirischen Teil 33

3 Empirische Untersuchung 35

3.1 Methodisches Vorgehen 35
3.2 Herleitung und Beschreibung des Designs 36
3.3 Prozessgestaltung im untersuchten Praxisfeld 37
3.4 Sampling und Untersuchungsgruppen 37
3.5 Erhebungsverfahren 38
3.5.1 Einzelinterviews 38
3.5.2 Gruppenverfahren 39
3.6 Datengewinnung/Auswertungsverfahren 40
3.6.1 Exemplarische Darstellung der Auswertung/induktive Kategorienbildung 42

4 Ergebnisse 43

4.1 Kritische Situationen in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung 43
4.1.1 Erste Dimension: Wahrnehmung kritischer Situationen 43
4.1.2 Zweite Dimension: Interventionshandeln in kritischen Situationen 49
4.1.3 Dritte Dimension: Reflexion zu kritischen Betreuungssituationen 54
4.1.4 Vierte Dimension: Institutioneller Kontext 63
4.2 Interpretation des Kategoriensystems 64
4.2.1 Zusammenhänge innerhalb des Kategoriensystems 64
4.2.2 Vergleichende Analysen auf Ebene Einzelfall- und Untersuchungsgruppen 68
4.2.3 Relevante Aspekte auf der Ebene des institutionellen Kontexts 71

5 Diskussion 72

5.1 Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung 72
5.2 Einordnung der Ergebnisse 74
5.3 Beantwortung der Fragestellung 78
5.4 Methodische Aspekte und Einschränkungen 79
5.5 Schlussfolgerungen und Hypothesenbildung 80
5.6 Weiterführende Überlegungen 82

6 Literaturverzeichnis 85

7 Anhang 91

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 Begriffe im Umfeld der Emotionen 6

Abbildung 1 Bindungsmuster als Kontinuum 9

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Die Thematik der sogenannten ‚dual diagnosis' hat auch für den Bereich der geistigen Behinderung in den letzten zwanzig Jahren an Gewicht in Forschung und öffentlicher Problemwahrnehmung gewonnen. Es besteht Einigkeit darin, dass Menschen mit geistiger Behinderung einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, psychisch zu erkranken. Die entsprechenden epidemiologischen Daten sind allerdings aus verschiedenen Gründen noch sehr heterogen (vgl. Schanze 2007, Irblich & Stahl 2003, Lingg & Theunissen 2000). Unterschiedliche Entwicklungen in der Versorgung (Enthospitalisierung aus psychiatrischen Kliniken /Paradigmenwechsel in der Sonder- und Sozialpädagogik, im Besonderen das Normalisierungsprinzip) führten und führen dazu, dass sich in institutionellen Betreuungsformen zunehmender Bedarf zeigt, spezielle Angebote für diese Klientel anzubieten, resp. die bisherigen Angebote auszubauen und/oder weiter zu entwickeln. Diese Angebote müssen dem Umstand Rechnung tragen, dass ein Teil der Klientel auch im Erwachsenenalter weitgehende Unterstützung in der Regulation emotionaler psychischer Prozesse braucht. Das zeigt sich in langanhaltenden Phasen von schwierigen Verhaltens- und Erlebensweisen, häufigen Krisen und affektiven Durchbrüchen oder weiteren Formen von unregulierter Affektivität, die dem Umfeld nicht verständlich und/oder dem positiven Erleben und der Entwicklung der Betroffenen nicht förderlich sind.

Ein allen psychischen Beeinträchtigungen gemeinsames Merkmal ist die Betroffenheit affektiver Prozesse in höherem oder geringerem Ausmass. Die fehlende Regulation emotionaler Prozesse verhindert adaptive emotionale Reaktionen und wird neurobiologisch wie psychologisch als ätiologisch relevant diskutiert (Sommer et al., 2004). Nebst medikamentösen, psychiatrischen und (oft nicht verfügbaren) psychotherapeutischen Hilfen wird für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung im Rahmen eines sowieso unabdingbaren interdisziplinären Zugangs vor allem auch die Bedeutung einer entwicklungsfreundlichen und stützenden Betreuung im Alltag betont. Gemäss Senckel (2006) bedarf es einer auch therapeutisch wirksamen Gestaltung alltäglicher Beziehungen und Abläufe. Erforderlich ist dazu Personal, das diesen Alltag auch unter erschwerten Bedingungen gestaltet. Die entsprechenden Anforderungen sind hoch und die Thematik der Affektregulation stellt darin eine besondere Herausforderung dar.

In der vorliegenden Arbeit interessiert die durch Betreuungspersonal geleistete Unterstützung und Interaktion in diesen psychosozialen Prozessen, dies auf dem Hintergrund bindungstheoretischer und ergänzender Konstrukte, die vielfältige Zusammenhänge zwischen Bindungsaspekten und Affektregulation aufzeigen. Diese werden im theoretischen Teil dargelegt. Für deren Transfer in das spezifische Handlungsfeld sind die Erfahrungen von direkt Betreuenden

grundlegend; der Umgang mit den Anforderungen, die Interpretation der Aufgabe, Bedingungen im Praxisfeld der institutionellen Betreuung und weitere Faktoren, die sie aus ihrer praktischen Tätigkeit heraus als wichtig erachten. Der empirische Teil und die Fragestellung der Untersuchung fokussieren auf diese Aspekte des Themenfeldes.

1.2 Fragestellung und Forschungsziel

In der vorliegenden Arbeit wird folgender Fragestellung nachgegangen:

Wie nehmen Betreuende von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen bindungsrelevante Aspekte in ihrer Tätigkeit wahr und wie werden diese in Bezug gesetzt zu Unterstützungsleistungen in der Regulation affektiver Prozesse?

Ziel der Arbeit: Es lassen sich empirisch hergeleitete Hypothesen dazu machen, welche Voraussetzungen und Aspekte im Handlungsfeld zu beachten sind, wenn es um einen adäquaten Transfer bindungstheoretischer Konzepte und Instrumente in das Feld institutioneller Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung geht.

1.3 Aufbau der Arbeit

Nach der einleitenden Darstellung des Themenfeldes und der Begründung der Fragestellung werden im zweiten Kapitel Grundlagen der Bindungstheorie und ihr Zusammenhang mit Emotionsentwicklung und Affektregulation ausgeführt. Spezifisch erörtert werden Beeinträchtigungen in der Bindungsentwicklung unter entwicklungspsychopathologischen Gesichtspunkten, sowie die Rolle von Bindungsbeziehungen und interpersonaler Unterstützung in der Affektregulation in der Behandlung von und im Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen. Diese Zusammenhänge zwischen Bindungsentwicklung/Bindungsbeziehungen und Affektregulation werden dann in Bezug gesetzt zu besonderen Entwicklungs- und Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung. Die anschliessende Darstellung entsprechender Forschungsergebnisse bezieht sich auf diesen Kontext. Es werden für die institutionelle Betreuung relevante Themen beleuchtet, die für den Forschungszugang im empirischen Teil der Arbeit von Bedeutung sind.

Im dritten Kapitel werden methodisches Vorgehen, Planung und Verlauf der explorativen Untersuchung im Praxisfeld erläutert. Das vierte Kapitel dient der Darstellung der Ergebnisse entlang der Forschungsfragen. Im fünften Kapitel erfolgen Diskussion, Beantwortung der zugrunde liegenden Fragestellung, eine Reflexion des gewählten Vorgehens, die Hypothesenbildung und weiterführende Überlegungen.

1.4 Präzisierung und Abgrenzung

Die Darstellung des theoretischen Hintergrunds erfolgt aus primär entwicklungspsycho(patho)logischer Perspektive und fokussiert auf den Aspekt der Affektregulation. Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, auf einzelne Störungsbilder einzugehen und diese ätiologisch zu vertiefen. Während im theoretischen Teil Aspekte der Bindungsentwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung ausgeführt werden und auch auf bindungstheoretische Forschungsergebnisse zum Thema Betreuungspersonal eingegangen wird, beschränkt sich die empirische Untersuchung auf die Sicht der Betreuenden. Es findet dabei keine Untersuchung von personalen Voraussetzungen (Bindungsmuster, Persönlichkeit o. ä.) statt.

Im untersuchten Handlungsfeld existiert eine Vielzahl von Begriffen, deren Definition und Verwendung interdisziplinär umstritten sind. Dies gilt im Besonderen auch für die Begriffe Betreuung, Begleitung, Assistenz und geistige Behinderung, Intelligenzminderung, kognitive Beeinträchtigung, psychische Störung, herausforderndes Verhalten, Problemverhalten etc. . In der vorliegenden Arbeit muss auf diese Diskussion inhaltlicher Differenzierungen weitgehend verzichtet werden. Im Sinne einer pragmatischen Grundhaltung und im Interesse einer breiten Gültigkeit und allgemeinen Verständlichkeit wird in der vorliegenden Arbeit der Ausdruck ‚geistige Behinderung' verwendet. Der Begriff ‚psychische Beeinträchtigung' bezeichnet analog dazu ein breites Spektrum von belastenden psychischen Erlebens- und Verhaltensweisen; als gemeinsamer Nenner interessiert hier das Thema erschwerte Affektregulation.

2 Theoretischer Teil

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Bindungstheorie und ihren vielfältigen Implikationen für die psychische Entwicklung. Im Zentrum der folgenden Ausführungen steht der Bezug von Bindung und Affektregulation, wie er auch in Bowlbys Vorwort zum ersten Buch seiner Bindungstrilogie unschwer zu erkennen ist:

> Während meiner fortschreitenden theoretischen Untersuchungen wurde mir allmählich bewusst, dass das Terrain, das ich hier so leichten Sinnes betreten hatte, kein anderes war als das, auf dem FREUD vor 60 Jahren schon den Pflug angesetzt hatte, und dass es dieselben felsigen Auswüchse und dornigen Gestrüppe aufwies, auf die er gestossen war und die er in Angriff genommen hatte: Liebe und Hass, Angst und Abwehr, Bindung und Verlust. (1969/1975, S. 9, Hervorhebung im Original).

In diesem Zitat zeigt sich auch der psychodynamische Hintergrund der Bindungstheorie, die gemäss Bowlby aus der klassischen psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie hervorgegangen, aber durch den Einbezug von evolutionistischen, ethologischen, informationstheoreti-

schen und kognitionspsychologischen Erkenntnissen zu einer neuen psychoanalytischen Metapsychologie geführt habe (1988/2010, S. 97).

Inzwischen ist die Bindungstheorie zu einem der umfangreichsten Forschungsgebiete der Entwicklungspsychologie und angrenzender Disziplinen geworden. Der Theorieteil zu den bindungstheoretischen Grundlagen beschränkt sich auf für das Thema der vorliegenden Arbeit relevante Aspekte und bezieht weiterführende Theorien und Forschungsergebnisse ein, die eng mit dem Thema Bindung und Affektregulation verbunden sind. Die frühen Bindungsbeziehungen sind der Rahmen, in welchem die Entwicklung der affektregulierenden Fähigkeiten als Teil der zunehmenden Selbstregulation stattfindet. Im Folgenden wird dargestellt, wie sich Bindungsentwicklung, die Entwicklung der Affektorganisation und die Entwicklung des Selbst gegenseitig bedingen.

2.1 Bindungstheoretische Grundlagen

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts galt die Entwicklung der affektiven Beziehung zur primären Bezugsperson als sekundärer Trieb, gebunden an die Erfüllung oraler Bedürfnisse. Im Gegensatz dazu postulierte Bowlby gemäss Fonagy schon damals eine angeborene Neigung, „sich auf soziale Interaktionen einzulassen“ (2001/2003, S. 12). Das Streben nach engen emotionalen Beziehungen wird im Rahmen der Bindungstheorie als spezifisch menschliches, schon beim Neugeborenen angelegtes, bis ins hohe Alter vorhandenes Grundelement verstanden, das als eigenständiges Verhaltenssystem Schutz, Zuwendung und den Beistand der Eltern oder entsprechender Ersatzfiguren sichert und im späteren Leben ergänzt wird mit neuen Bindungen. In der Bindungsfähigkeit zeigt sich psychische Stabilität, da gelungene Bindungen Sicherheit und auch konkreten lebensnotwendigen Schutz garantieren (Bowlby, 1988/2010).

Das Bindungssystem ist als biologisch angelegtes, regelkreisgesteuertes Verhaltenssystem konzipiert, das - analog zu physiologischen homöostatischen Systemen - die Stabilität der inneren Organisation sicherstellen soll, indem es „die Beziehung einer Person zu ihrer Bindungsfigur innerhalb gewisser Entfernungs- und Verfügbarkeitsgrenzen aufrechterhält“ (Bowlby, 1995, S. 22). Zu den Situationen, die das Verhaltenssystem, resp. das physische und psychische Nähe-Suchen aktivieren gehöre alles, „was ein Kind erschreckt oder es sich unwohl fühlen und müde werden lässt. Demgegenüber beenden Trost und Rückversicherung Bindungsverhalten und machen es frei für andere Aktivitäten“ (ebd.). Diese anderen Aktivitäten werden innerhalb der Bindungstheorie als Verhaltensweisen betrachtet, die der Erkundung der Umwelt und der Anpassung dienen und als Explorationsverhaltenssystem ebenfalls motivgeleitet und zielorientiert gesteuert sind. Bindung und Exploration werden als zwar getrennt organisierte, aber in der Anpassung an die Umwelt zusammen wirkende und sich ergänzende Systeme gesehen. „Das Zusammenspiel von Bindung und Exploration, Kommunikation und mentalem Erkunden

zeigt sich in allen Situationen, die Neuorientierung und Anpassung verlangen, oder es versagt, wenn die bindungspsychologischen Voraussetzungen unsicher sind“ (Grossmann & Grossmann, 2005, S. 77).

Die Verfügbarkeit sicherer Bindungen (save haven) als sichere Basis (secure base) für ein gesundes Explorationsverhalten beeinflusst demgemäss evolutionsbiologisch betrachtet die Überlebenschancen, aus entwicklungspsychologischer Perspektive die Zuwendung zur Welt und eine psychisch stabile Entwicklung. Grossmann fasst individuelle Bindungsmerkmale, wie sie sich als Folge sicherer Bindung zeigen, zusammen als „Integrität der Gefühle, Klarheit der eigenen Motive und die uneingeschränkte und unbelastete Breite der Handlungsmöglichkeiten“ (2004, S. 30).

Die Entwicklung stabiler Bindungen findet allerdings nicht einfach so statt, sondern steht in Abhängigkeit von sozialer Interaktion. Gemäss Bowlby (1995, S. 23) ist das Bindungssystem so konstruiert,

> dass es am effektivsten in Interaktionen mit der Person arbeitet, die nach Meinung des Kindes prompt und effektiv auf seine Signale reagieren wird. Es ist deshalb keineswegs überraschend, dass das Fehlen oder Misslingen einer Reaktion der Bezugsperson (ob nun aufgrund physischer Abwesenheit oder aufgrund des Unvermögens, angemessen zu reagieren) immer Stress bedingt und dass es dadurch manchmal auch zu traumatischen Erfahrungen kommt.

Bowlby hat auch das elterliche Pflegeverhalten und die dazugehörigen Affekte als zum Bindungsverhalten des Kindes komplementär, biologisch verankert und damit bis zu einem gewissen Grad vorgegeben betrachtet und ethologisch begründet. Es folge bestimmten Entwicklungslinien und sei weder durch unverrückbare Instinkte, noch durch blosse Lernprozesse zu erklären, aber selbstverständlich beeinflusst und ausgestaltet durch die persönlichen Erfahrungen (1995; 1988/2010).

Die physische Verfügbarkeit und die Feinfühligkeit der Bindungsperson - im Sinne einer psychischen Verfügbarkeit - wirken unterstützend in der kindlichen Entwicklung sicherer Bindung, indem Signale des Kindes aufgrund einer empathischen Interpretation von Ausdrucksverhalten erkannt werden und angemessen und prompt darauf reagiert wird. Das Konzept der Feinfühligkeit wurde von Ainsworth und Mitarbeitenden (Ainsworth et al., 1978) in Feldstudien empirisch erarbeitet und umfasst nebst Skalen zur Feinfühligkeit gegenüber den Signalen des Kindes auch die Erfassung von kooperativem Verhalten und Annahme des Kindes durch die Mutter (Grossmann & Grossmann, 2005). Die Qualität dieses Eingehens auf die kindliche Individualität, welche sich z. B. in Temperamentsunterschieden zeigt, formt wiederum den Ausdruck und die Kommunikation emotionaler Bedürfnisse durch das Kind. Die Ausprägung einer Bindung und der damit verbundenen Fähigkeiten ist „abhängig von der Qualität des Umgangs von Bindungspersonen mit den Bindungsbedürfnissen des Kindes von Geburt an

bis zum Erreichen psychologischer Reife im Erwachsenenalter“ (Grossmann, 2004, S. 30). Wie diese als wechselseitig beeinflusster Prozess zu verstehende Interaktion bereits in der frühen Entwicklung zur Organisation von Emotionen auf der Verhaltensebene (Bindungsverhalten) und auf der Repräsentationsebene (Interne Arbeitsmodelle/Bindungsmuster) führt, wird im folgenden Abschnitt erläutert und ergänzt mit weiterführenden Modellen, die im Zusammenhang stehen mit Affekten und deren Regulation.

2.2 Emotionsentwicklung und Bindung

Der Begriff Affekt wird psychiatrisch, spezifisch forensisch und auch im Volksmund für eher kurzfristige, besonders intensive Emotionen verwendet, die aufgrund dieser Intensität einen unmittelbaren Regulierungsbedarf aufweisen. Es ist aber davon auszugehen, dass auch solche Emotionen durch Gefühle und Stimmungen, also subjektive Qualitäten und Färbungen des kurzfristigen und langfristigen Erlebens geprägt werden. Merten stellt die wichtigen Begriffe wie folgt dar (2003, S. 11):

Tabelle 1: Begriffe im Umfeld der Emotionen

Affekt	**Gefühl**	**Stimmung**	**Empathie**
Beiklang des Heftigen, Unkontrollierten	Betonung der Komponenten der subjektiven Wahrnehmung	Eher mittel- und langfristige Veränderungen, keine Reaktionen auf unmittelbare, spezifische Reize	Einordnung des Gefühls in einen subjektiven Kontext

Die Verwendung der Begriffe ist dabei auch abhängig vom Sprachraum, dem fachlichen Fokus und dem zeitlichen Kontext. Emotion (Bewegt- und Ergriffensein) und Affekt (Angerührtsein) werden gemäss Bundschuh (2003) in der modernen Psychologie häufig synonym gebraucht und in einer Querschnitt-Definition wie folgt gefasst:

> Emotion ist ein komplexes Interaktionsgefüge subjektiver und objektiver Faktoren, das von neuronal/hormonalen Systemen vermittelt wird, die (a) affektive Erfahrungen wie Gefühle der Erregung oder Lust/Unlust, bewirken können; (b) kognitive Prozesse, wie emotional relevante Wahrnehmungseffekte, Bewertungen, Klassifikationsprozesse, hervorrufen können; (c) ausgedehnte physiologische Anpassungen an die erregungsauslösenden Bedingungen in Gang setzen können; (d) zu Verhalten führen, welches oft expressiv, zielgerichtet und adaptiv ist (Otto, Euler & Mandl, 2000; zit. nach Bundschuh, 2003, S. 33).

In Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen ist der Einfluss von maladaptiven sozialen, vor allem interpersonalen emotionalen Prozessen gemäss Merten in der klinischen Forschung allgemein anerkannt (2001). Emotionale Regulationsvorgänge sind dann nötig, wenn Instabilität in der Interaktion (Ausmass des Involvements),

Norm- und Erwartungsverletzungen und/oder Änderungen der physiologischen Erregung/Reaktionsfähigkeit (Arousal) auftreten (Merten, 1995).

Ciompi (2005) verdeutlicht in seiner Theorie der fraktalen Affektlogik, wie die an erster Stelle stehenden affektiven Erfahrungen als ‚Motivatoren jeder kognitiven Dynamik' wirken. Diese mobilisierende Dynamik sei auch im Begriff Emotion gefasst. Überdies sieht er Affekte als Schleusen, die den Zugang zu den unterschiedlichen Gedächtnisspeichern öffnen und schliessen, sie lenken den Fokus der Aufmerksamkeit, schaffen Kontinuität durch Filterung und Komplexitätsreduktion und bestimmen (so) die Hierarchie unserer Denkinhalte. Auch Bundschuh (2003) nimmt dieses dynamische Element auf und fasst Emotionen einerseits als psychische Zustände, andererseits betont er ihre soziale Funktion in der Herstellung, Gestaltung und Unterbrechung der entwicklungsrelevanten und bedeutsamen Beziehung der Person zur inneren und äusseren Umwelt. Er spricht hier von einem dynamischen und einem regulativen Aspekt, welcher erst mit der Erforschung der sozio-emotionalen Entwicklung an Bedeutung gewonnen habe. Emotionsregulation könne sowohl stellvertretend durch eine Bezugsperson, als auch als selbstregulatorischer Vorgang stattfinden. Die Antizipation möglicher emotionaler Belastungen durch die Bindungsfiguren in den ersten Lebensjahren bezeichnet Bundschuh als stellvertretende Emotionsregulation. Das Bemühen des Kindes, die Bezugsperson bei Explorationen in der Umwelt möglichst verfügbar zu halten, sieht er als ersten Ansatz einer selbstgesteuerten Emotionsregulation.

2.2.1 Bindungsentwicklung

Primäre physiologische und zunehmend vielfältige regulative Prozesse entstehen und bedingen sich in der interaktionalen Entwicklungsdynamik der intimen Beziehungen zwischen Kind und primären Bindungspersonen. Die Bindungstheorie geht davon aus, dass sich aufgrund der gemachten Bindungserfahrungen während den Reifungsjahren (Kindheit und Adoleszenz) unterschiedliche Bindungsmuster zu unterschiedlichen Bezugspersonen ausprägen, die sich in je entsprechendem Bindungs- und Explorationsverhalten zeigen. Deren Ausbildung beginnt sehr früh, ab Mitte des ersten Lebensjahres formt sich ein Kind eine Vorstellung von seiner hauptsächlichen Bindungsperson, sucht bei deren Abwesenheit nach ihr und zeigt auch Kummer bei Trennungen. Es ist an diesem Punkt der Entwicklung zu einer festen Bindung fähig (Ainsworth, 1985a; zit. nach Fremmer-Bombik. 2003, S. 176). Erste Muster in von solchem Verhalten zeigen sich bereits gegen Ende des ersten Lebensjahres in der von Mary Ainsworth et al. (1978) für dieses Alter konzipierten „Fremden Situation", mit welcher im Rahmen von kurzzeitigen Trennungen von der Mutter und der Konfrontation mit einer fremden Person drei, in späteren Untersuchungen vier (Main & Solomon, 1986) unterschiedliche Bindungsverhaltensmuster empirisch nachgewiesen werden konnten. Diese können laut Grossmann als Momentaufnahme von Bindungsqualität betrachtet werden und haben keinen

zwingenden prognostischen Wert für die ganze weitere Bindungsentwicklung, es sei denn die Entwicklungsbedingungen würden genau gleich bleiben. Die deutlichen Unterschiede im Bindungsverhalten lassen aber Rückschlüsse auf unterschiedliche innere Zustände von Kindern mit unterschiedlichen Bindungserfahrungen zu (2004).

2.2.1.1 *Innere Arbeitsmodelle (Internal working models)*

Diese inneren Zustände versuchte Bowlby (1995) mit seinem Konzept der inneren Arbeitsmodelle zu fassen. Diese versteht er als Steuerungselemente des Bindungsverhaltens, in denen Wissen über sich selbst und über die verschiedenen Bindungspersonen, resp. die Erfahrungen mit ihnen, organisiert wird. Sie dienen zur Simulation von realen Ereignissen und darauf aufbauend zur Planung des eigenen Verhaltens. Weiter entwickelte Konzeptionen innerer Arbeitsmodelle unterscheiden Komponenten der Informationsverarbeitung und der Emotions- und Verhaltensregulation. Gemäss Zimmermann und Scheuerer-Englisch (2003) steuern sie auf der informationsverarbeitenden Ebene die eigene Wahrnehmung von sozialen Situationen, deren Interpretation und entsprechende Erwartungen an das Verhalten der Bindungsperson. Auf der Emotionsregulationsebene haben sie die Funktion, das Bindungsverhalten und andere automatisierte, belastungssenkende Handlungen zu steuern. Wenn die Bindungsfigur im internalen Arbeitsmodell aufgrund bisheriger Erfahrungen mit der Erwartung gespeichert ist, ablehnend oder gar nicht auf emotionale Bedürfnisse zu reagieren, kann sie nicht als sichere Basis zur effektiven Regulation von negativen Gefühlen genutzt werden. „Die Bindungserfahrungen mit den Eltern als erste Sozialisationsinstanz im Lebenslauf von Kindern beeinflussen somit die Ausbildung bestimmter emotionaler Organisationsmuster, gesteuert durch internale Arbeitsmodelle.“ (Zimmermann & Scheuerer-Englisch, 2003, S. 244). Die Internalisierung von Arbeitsmodellen der Bindungspersonen und des komplementären Selbst führt gemäss Bowlby (1988/2010) zu offenbar zunehmend dominanten kognitiven Strukturen, die über die alltäglichen Interaktionserfahrungen die Bindungsmuster formen. Diese Interaktionserfahrungen sind sozialer und emotionaler Natur und ihre Organisation in Arbeitsmodellen steht in Wechselwirkung mit der sensomotorischen und kognitiven Entwicklung. Entsprechend konzipiert die Bindungstheorie (Ainsworth, 1973a) vier typische Phasen der Bindungsentwicklung in Abhängigkeit vom Entwicklungsalter (in Anlehnung an Grossmann & Grossmann, 2005, S. 73 - 76):

- Phase der unspezifischen sozialen Reaktionen (bis rund 2 Monate)
- Phase der unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft (deutliche Bevorzugung der primären Bezugsperson in und für soziale Interaktionen)
- Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens (ab ca. 6 Monaten)
- Phase der zielkorrigierten Partnerschaft (ab ca. 3 Jahren, abhängig von der Sprachentwicklung, Verständnis für Wünsche, Ziele und Motive anderer und deren Einbezug in die eigene Handlungsplanung)

Nebst der Entwicklung der sensomotorischen Wahrnehmung und den entsprechenden prozeduralen Gedächtnisprozessen tragen zunehmend differenzierte Formen der nonverbalen Kommunikation, der Spracherwerb und der Zugang zum deklarativen Gedächtnis zur Internalisierung von Bindungserfahrungen und zur Ausbildung der Arbeitsmodelle bei. Vorsprachliche, sensomotorische Erfahrungen werden im prozeduralen Gedächtnis gespeichert, entsprechend ausgebildete Erwartungen bleiben unbewusst und sind trotzdem wirksam. Mit zunehmendem Spracherwerb ab rund 18 Monaten kann episodisches und semantisches Wissen deklarativ gespeichert werden, d. h. es wird abrufbar. Widersprüchliche Erfahrungen auf diesen unterschiedlichen Ebenen können zu inkohärenten Arbeitsmodellen führen, wie es zum Beispiel Jungmann & Reichenbach schildern (2009, S. 17):

> Beispielsweise kann ein Kind die primäre Bindungsperson dann als zurückweisend erleben, wenn diese seinen Kummer nicht wahrnimmt oder abwertet, indem sie es zurückweist. Im semantischen Gedächtnis kann das Kind dieselbe Bindungsperson aber als liebevoll speichern, wenn diese wiederholt auf ihre aufopfernde Fürsorge verweist.

2.2.1.2 *Bindungsmuster*

Folgende Abbildung stellt die Bindungsmuster, die durch unterschiedliche und unterschiedlich konsistente Bindungserfahrungen entstehen, resp. als Repräsentation dieser Erfahrungen mit Bindungspersonen abgelegt und zunehmend strukturiert und generalisiert werden, als Kontinuum mit Subklassifikationen dar::

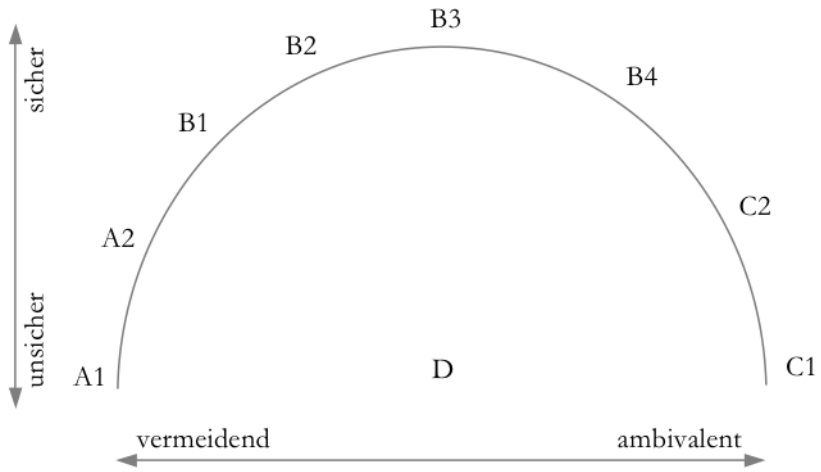

Abbildung 2: Bindungsmuster als Kontinuum (eigene Darstellung nach Julius, 2009, S. 16, in Anlehnung an Grossmann und Grossmann, 2005, S. 142): B3 bildet den Prototyp des sicher gebundenen Kindes (Balance zwischen Bindung und Exploration), während A1 und C1 die stärksten Ausprägungen des unsicher-vermeidenden Musters (Deaktivierung von Bindungsverhalten) und des unsicher-ambivalenten Musters (hyperaktiviertes Bindungsverhalten) darstellen. D (Desorganisation) bezeichnet keine Strategie, sondern den Zusammenbruch einer solchen und steht deshalb ausserhalb.

Bindungsmuster „beschreiben, in welchem Ausmass und welcher Weise Gefühle emotionaler Sicherheit vermittelt werden und eine Bindungsperson zu deren Aufrechterhaltung beiträgt" (Ahnert, 2004, S. 70). Sie klassifizieren Bindungsverhalten in einen sicheren (B), unsicher-vermeidenden (C) oder unsicher-ambivalenten (A) Typus. Verhaltensmerkmale wie Nähesuchverhalten und Kontaktaufrechterhaltung diskriminieren dabei zwischen dem sicheren B-Muster und den unsicheren Bindungsmustern, während Widerstand und Vermeidungsverhalten A- , resp. C- Bindungen unterscheiden (Ahnert, 2004). Die vierte Dimension, die desorganisierte Bindung D bezeichnet eine unklare und unstrukturierte Organisation, die als Zusammenbruch von bindungsbezogenen Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstrategien verstanden wird (Main, 1995) und gemäss Bowlby durch die Speicherung von zu schmerzlichen Bindungserfahrungen in abgetrennten, dem Bewusstsein nicht mehr zugänglichen Systemen entsteht (1979/1982; zit. nach Julius, 2009, S. 15). Julius führt dazu aus, dass die Aktivierung solcher abgetrennter Systeme durch bindungsrelevante Situationen sich im unkontrollierten Eindringen von Bildern und Gedanken, in Katastrophenfantasien und auch in dissoziativen stereotypen Verhaltensweisen zeige. Das Verhalten im ‚Fremde-Situation'-Test zeigt sich in widersprüchlichen Mustern, ungerichteten oder einfrierenden Bewegungen und ebensolchem Ausdrucksverhalten oder auch in direkt gezeigter Angst vor der Bindungsperson, später entsteht dieser gegenüber oft ein massiv kontrollierendes (fürsorgliches oder strafendes) Verhalten. Für desorganisierte Bindungsmuster wird gemäss Zulauf-Logoz (2004) von einer grundlegenden Störung der Emotionsregulation ausgegangen. Diese entsteht laut Grossmann (2004) bei einem Teil der Kinder durch grob unangemessenes Verhalten der Bindungspersonen, kann aber auch durch eine bereits im Frühgeborenenalter eingeschränkte Verhaltensorganisation (mit-) bedingt sein. Bei desorganisierten Kindern zeige sich zudem eine Stabilität des Verhaltens über mehrere Bindungspersonen, was für die klassischen Bindungsmuster nicht gilt. Generell abzugrenzen seien manifeste Formen einer Bindungsstörung im frühen Alter, die dadurch entstehen, dass gar keine Bindung, resp. Bindungsbeziehungen aufgebaut wurden.

Für verschiedene Entwicklungsalter wurden unterschiedliche Instrumente zur Messung von Bindungsqualität bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt (vgl. Julius et al., 2009). Für Erwachsene wird die aktuelle emotionale und kognitive Verarbeitung der erlebten Bindungserfahrungen erfasst, die eine analoge Bindungklassifikation erlaubt: secure/sicher-autonom, dismissing/unsicher-distanziert, enmeshed/unsicher-verstrickt, unresolved trauma/emotional nicht verarbeitetes Trauma/desorganisierte sprachliche Darstellung (Adult Attachment Interview, George, Kaplan & Main, 1985, deutsch 2001 in Gloger-Tippelt). Die so erhobenen Bindungsmuster weisen einen hohen prädiktiven Wert für die Bindungsmuster eigener Kinder in der ‚Fremden-Situation' auf.

2.2.2 Emotionsregulation im Kontext der frühen Bindungsentwicklung

Wie stark die Bindungsentwicklung in Zusammenhang steht mit der frühkindlichen Entwicklung regulatorischer Systeme zeigen neurobiologische Forschungen zur Interaktion zwischen Mutter und Kind im Säuglingsalter. Schore (2003/2009, S. 65) bezeichnet die psychobiologische (affektiv-körperliche) Einstimmung, die interaktive Resonanz, die wechselseitige Synchronisierung und das Mitschwingen in den physiologischen Rhythmen als grundlegende Prozesse der Bindungsentwicklung. Er sieht demgemäss Bindung als die „interaktive Regulation biologischer Synchronisierung zwischen Organismen" und diese regulatorischen Prozesse als Vorläufer der psychologischen Bindung und der damit einhergehenden Gefühle.

Nach den zu Beginn sensorisch geprägten Interaktionen via Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinn wird im zweiten Lebensmonat durch die Reifung des okzipitalen Kortex der emotionale Gesichtsausdruck der primären Bezugsperson zum einflussreichen visuellen Stimulus. Schore (2003/2009, S. 63) zitiert Feldman et al. (1999):

> Face-to-face-Interaktionen, die ungefähr um den zweiten Lebensmonat auftauchen, stellen kurze, aber hoch affekt-geladene und erregende zwischenmenschliche Ereignisse dar, die dem Säugling ein hohes Niveau an kognitiver und sozialer Information bieten. Um diese intensive Erregung zu modulieren, synchronisieren Mutter und Kind die Intensität ihres affektiven Verhaltens in Bruchteilen von Sekunden.

Schore betont die zentrale Bedeutung dieser wechselseitig abgestimmten synchronisierten Interaktionen (affective attunement) für die affektive Entwicklung des Kindes, das dadurch lernt, seine inneren Affekte zu veräussern. Insbesondere diese Affekt-Transaktionserfahrungen prägen den Reifungsprozess spezifischer struktureller Gehirnverknüpfungen, die wiederum die interpersonellen und intrapsychischen Aspekte aller zukünftigen sozioemotionalen Funktionen beeinflussen. Während Bindung die entsprechende interaktive Synchronisierung bezeichnet, induzieren Unterbrechungen Stress, der von einer ausreichend guten Fürsorgeperson in angemessener Zeit wieder reguliert wird (2003/2009). Volle affektive Übereinstimmung findet gemäss empirischen Untersuchungen nur zu rund einem Viertel der Interaktionszeit statt, als zentral wird aber das - auf beidseitigem Bemühen beruhende - Gelingen der Wiedergutmachung (interactive repair, vgl. Tronick, 1989) betrachtet. Schore dazu:

> It is now thought that the process of reexperiencing positive affect following negative experience may teach a child that negativity can be endured and conquered. Infant resilience emerges from an interactive context in which the child and the parent transition from positive to negative and back to positive affect, and resilience in the face of stress is an ultimate indicator of attachment capacity and therefore adaptive mental health (Schore, 2001, S. 20).

Das gegenseitige Einschwingen in Intensität, Takt, Rhythmus, Dauer und Ausdrucksformen moduliert Affekte also nicht nur bezüglich Stressregulation im Sinne der Wiederherstellung

von Sicherheit, sondern auch in Bezug auf das gemeinsame Erleben von positiver Erregung und Affektübertragung und in Bezug auf die ersten Erfahrungen von Selbstregulation, vorausgesetzt es gelingt der primären Bezugsperson, ihre eigenen Affekte positiv zu steuern. Das nonverbale Verhalten (Gesichtsausdruck, Blick, Stimmcharakteristik, Körperbewegungen und Timing einer Reaktion) ist dabei der wichtigste Modus der Kommunikation von Emotionen. Diese Abstimmung erfolgt in einem Affekt-Transfer zwischen Mutter und Kind, der gemäss Untersuchungen von Trevarthen zu mütterlich-kindlicher Protokonversation auf intrinsische Regulatoren des Gehirnwachstums abstellt, die spezifisch darauf ausgerichtet sind, sich durch emotionale Kommunikation an die Regulatoren eines Erwachsenenhirns anzukoppeln (1990; zit. nach Schore, 2003/2009). Schore folgert daraus, dass die frühe emotionale Kommunikation nicht nur das Gehirn des Babys beeinflusst, sondern dass dessen Wachstum eine Gehirn-zu-Gehirn Interaktion erfordert, wie sie nur im Kontext einer intimen, affektiven Beziehung entsteht.

Biologisch betrachtet werden neuronale Struktur und Funktion des sich entwickelnden Gehirns und damit auch die neurohormonellen Regelkreise der Stressregulation im Rahmen dieser emotionalen Kommunikation durch das reifere Gehirn primärer Bezugspersonen geformt. Die von Siegel als mentale Zustände bezeichneten Emotionen repräsentieren dabei dynamische Prozesse, „die sich im Rahmen der sozial beeinflussten, werteinschätzenden Gehirnprozesse manifestieren“ (Siegel, 1999/2006, S. 143). Diese werteinschätzenden Gehirnprozesse verortet Schore (2003/2009) primär in der rechtshemisphärischen Kontrolle der limbischen Erregung durch den orbi-frontalen Kortex, durch welche Wahrnehmungen nonverbaler emotionaler Kommunikation auf einem Kontinuum positiver oder negativer Einschätzung markiert werden. Die limbischen Kreisläufe entwickeln sich im ersten Lebensjahr, von der Amygdala zum anterioren cingulären, dann zum insulären und schliesslich zum orbi-frontalen Kortex. „Als Ergebnis von Bindungserfahrungen tritt dann dieses System im letzten Viertel des ersten Lebensjahres in eine kritische Reifungsperiode ein; der gleiche Zeitrahmen, in dem auch die inneren Arbeitsmodelle der Bindung zum ersten Mal beurteilt werden können“. Die Bindungserfahrungen der Säuglingszeit würden demgemäss als implizite Inhalte von späteren Arbeitsmodellen unterhalb der Bewusstseinsschwelle in der früh reifenden rechten Hemisphäre gespeichert und kodierten so die Strategien der Affektregulation zur Stressbewältigung, insbesondere bei zwischenmenschlichem Stress (ebd., S. 68). Dazu Siegel:

> Die Emotion ist ein wichtiger Bestandteil von Bindungsbeziehungen sowohl in den frühen Lebensjahren als auch im ganzen weiteren Leben. Bei den frühesten Formen der Kommunikation geht es um primäre emotionale Zustände. Dieses Mitteilen grundlegender Einschätzungs- und Erregungsprozesse begründet die Art, auf die ein Mensch in emotionalen Beziehungen zu einem anderen Menschen in Verbindung tritt. Wir können weiterhin annehmen, dass die reziproke Zusammenarbeit im Rahmen einer solchen kontingenten Kommunikation die Entwicklung eines parallelen, präfrontal vermittelten Prozesses fördert, desjenigen der Reaktionsflexibilität, der

es dem Menschen ermöglicht, auf sich verändernde innere und interpersonelle Kontexte adaptiv und „innerlich kollaborativ“ zu reagieren (1999/ 2006, S. 163).

Damit ist die intersubjektive Regulation von affektivem Erleben und Handeln innerhalb von Bindungsbeziehungen und der Stellenwert einer entwickelten Selbstregulation aus neuro-psycho-biologischer Perspektive dargestellt. Im nächsten Abschnitt werden die Bindungstheorie ergänzende Modelle aufgezeigt, die diese Intersubjektivität auf der psychodynamischen Ebene deutlicher ausarbeiten und damit zur Verfeinerung entsprechender Konzepte (Innere Arbeitsmodelle, Feinfühligkeit) beitragen.

2.2.3 Intersubjektive Affektregulation, Mentalisierungsfähigkeit und Selbstregulation

Die Entwicklung der von Siegel Reaktionsflexibilität genannten intersubjektiven Affektregulationsfähigkeit setzt voraus, dass einem Verhalten Bedeutung zugemessen werden kann. Die Bindungstheorie hat die Emotionsregulation auf dem Hintergrund der Verhaltenssysteme Bindung und Exploration als adaptive Funktion verortet. Sie gewährleistet die Anpassungsfähigkeit, während eine sichere Bindung bewirkt, dass affektive Vorgänge sowohl in Bezug auf die unbewusste homöostatische Steuerung auf der Ebene des Organismus, als auch auf der Ebene des unbewussten und bewussten Erlebens und Fühlens durch Ko-Regulation internalisiert und in die Selbstregulation übernommen werden. Gemäss Fonagy et al. (2002/2004) erfüllt die Regulierung der Affekte in der bindungstheoretischen Konzeption der Bindungsbeziehung die Funktion, das Auftauchen der Selbstregulierung aus der Ko-Regulierung zu unterstützen. Die Autoren führen Sroufe an, der darüber hinaus ging und mit dem Konzept der gefühlten Sicherheit (felt security) neben der Wichtigkeit der physischen Nähe auch die Dimension der psychischen Nähe für die Bindungstheorie verdeutlichte und das zunehmend subjektive Erleben, sowie die Zuschreibung von Bedeutung zu Emotionen betonte. Die Regulierung von Arousal und Emotion hänge „nicht mehr allein vom Verhalten der Betreuungsperson ab, sondern davon, wie der Säugling deren Verfügbarkeit und ihr Verhalten interpretiert“ (1996, S.170; zit. nach Fonagy et al., 2002/2004, S. 97). Diese Interpretation als direkte Form der Affektregulierung sieht Sroufe als Prototyp der Selbstregulation, in deren Entwicklung „aus dem Vertrauen in die Betreuungsperson ein Vertrauen ins ‚Selbst mit der Betreuungsperson‘ und schliesslich Selbstvertrauen wird.“ (ebd.).

Die Funktion der Emotionsregulation geht hier nun deutlich über eine rein adaptive hinaus; das zunehmend subjektive Erleben und die Interpretation des Verhaltens der Bezugsperson konstituieren das Selbst.

Fonagy und Target nehmen auf Basis dieser und weiterer bindungstheoretischer, vor allem aber psychoanalytischer Theorien eine Rekonstruktion der repräsentionalen inneren Arbeits-

modelle vor. Diese sieht die Regulierung von Affekten und damit verbunden die Organisation des Selbst wesentlich determiniert durch die Fähigkeit, interpersonales Verhalten unter dem Blickwinkel psychischer Zustände zu verstehen und zu interpretieren (2003/2006). In den Grundlagen zu diesem Modell wird davon ausgegangen, „dass die frühen Interaktionen zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson die primäre biologische Funktion erfüllen, die Entwicklung solcher mentaler Mechanismen zu fördern, die für die Entstehung eines Subjektivitätsgefühls und für die Herstellung jener interpersonalen Deutungsprozesse wesentlich sind, die ein Gewahrsein des Selbst als Akteur auftauchen lassen" (Fonagy et al., 2002/2004, S. 225). Ein subjektives Selbst entsteht somit erst in den Prozessen dieser Interaktion und die Entwicklung einer Mentalisierungsfähigkeit - verstanden als Fähigkeit, den andern und sich selbst als Wesen mit geistig-seelischen Zuständen zu betrachten - wird nicht als Reifungserrungenschaft betrachtet, die durch die kognitive Entwicklung automatisch entsteht, sondern hängt in hohem Mass von der affektiven Qualität der Primärbeziehungen ab (Dornes, 2004a). So haben z. B. Untersuchungen zur ‚mind-mindedness' gezeigt, dass Mütter sicher gebundener Kinder sich im Sprachgebrauch dadurch auszeichnen, dass sie affektives Geschehen, resp. beim Kind vermutete mentale Vorgänge aussprechen und (positiv) kommentieren (Meins et al., 2002). Bindungsbeziehungen sind so betrachtet funktionale Bedingungen für die Entwicklung eines Repräsentationssystems für mentale Zustände, die wiederum als Voraussetzung für die Phase der zielkorrigierten Partnerschaft in der Bindungsentwicklung gelten kann, in der intentionales Verhalten relevant wird. Mentalisierung beschreibt die Vorgänge, die zu einer sozialen Perspektivenübernahme und zu den entsprechenden Veränderungen im Bindungsverhalten führen (vgl. Grossmann & Grossmann, 2005).

Fonagy (2005) bezeichnet die daraus entstehende Fähigkeit, psychologisch zu interpretieren als ‚Interpersonalen Interpretationsmechanismus'. Dieser ist - in Abgrenzung und Ergänzung zum Inneren Arbeitsmodell - kein Erinnerungsspeicher für die realen Erfahrungen, sondern ein Mechanismus zur Verarbeitung neuer Erfahrungen. Er kann als Modus des Erlebens betrachtet werden, das nach Meinung Fonagys wie ein Filter wirkt, der Erfahrungen zu ‚gefühlten Erfahrungen' macht. Die Entwicklung dieses Repräsentationssystems wird nicht als primär kognitiver Prozess verstanden, sondern beginnt mit der Entdeckung von Affekten und deren Regulation innerhalb der Primärbeziehung und führt weiter über die reine Anpassung von Affektzuständen hinaus zu einer differenzierteren Regulierung des Selbst (Fonagy & Target, 2003/2006). Eine zentrale Rolle in der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit spielt die Spiegelung von Affekten durch die Bindungsperson, wie sie auch in der Psychoanalyse z. B. im Konzept des Containment gefasst ist:

> Unter Containment wird in der Klein-Bion-Tradition der Psychoanalyse die Fähigkeit der Mutter verstanden, die Affekte des Kindes - insbesondere die negativen – nicht nur zu verstehen und zu beantworten, sondern in ihrer Antwort gleichzeitig so zu verändern, dass sie für das Kind erträglicher werden (Dornes, 2004b, S. 55).

Fonagy und Target (2003/2006) bringen diese Funktionen der Affektspiegelung in zwei Theorien ein, die beide die Beziehung zwischen dem Erwerb einer Mentalisierungsfähigkeit und der Affektregulierung betreffen. Sie stellen zum Ersten dar, wie der unwillkürliche Emotionsausdruck des Säuglings und die emotionale Reaktion der Mutter aufgrund eines Kontingenzmechanismus in der Psyche des Babys verbunden werden, wie dieses die Kontrolle des Spiegelungsausdrucks der Mutter mit der dadurch erlebten Verbesserung seines Befindens assoziiert und sich so als regulierenden Urheber erfahren kann, und wie insbesondere die Markierung des gespiegelten Affekts durch die Mutter zur Bildung sekundärer Repräsentationen von Affektzuständen als Grundlage für die eigene Affektregulierung und Impulskontrolle führt. Mit der Markierung zeigt die Mutter an, dass sie nicht spiegelt, wie sie sich selbst fühlt, sondern sie erkennt in der Art ihrer Antwort den inneren Zustand des Kindes an, moduliert aber den von ihm gezeigten Affektausdruck in angemessener Weise. Damit erfährt das Kind gleichzeitig Kontakt und Gehaltensein, Distanz im Sinne einer Erfahrung von Selbst und anderer Person und die Möglichkeit zur Affektverarbeitung im Sinne eines Copings. Ein feinfühliges und affektregulierendes Spiegeln von Affekten besteht gemäss Fonagy und Target (2003/2006) in der Präsentation von affektkongruenten, kontingenten und angemessen markierten Ausdrücken, die dem Kind eine Entkoppelung von innerer und äusserer Welt und die Entwicklung der Reflexionsfunktion hin zur Mentalisierung erlauben.

Dies bedinge - so die zweite Theorie der Autoren - die Integration von zwei unterschiedlichen Erfahrungs-, resp. Erlebensmodalitäten: Die psychische Aequivalenz (äussere gleich innere Realität) und der Als-ob-Modus (spielerisches so-Tun-als-ob, davon ausgehend, dass der innere Zustand keinerlei Implikationen für die Aussenwelt hat, umgangssprachlich vielleicht als ‚selbstvergessen' bezeichnet). Die Integration dieser Modi gelingt, wenn das Kind die Erfahrung machen kann, dass seine psychischen Zustände reflektiert werden, wie das in der markierten Affektspiegelung und später im Als-ob-Spiel im sicheren Bindungskontext geschieht (Fonagy & Target, 2003/2006, S. 370):

> Normalerweise beginnt das Kind etwa im Alter von vier Jahren, diese beiden Modi zu integrieren und gelangt so auf die Stufe der Mentalisierung - das heisst, es erwirbt den Reflexionsmodus - auf der mentale Zustände als Repräsentationen wahrgenommen werden können. Es erkennt Zusammenhänge zwischen innerer und äusserer Realität und nimmt gleichzeitig wahr, dass sich Innen und Aussen in mancherlei bedeutsamer Hinsicht voneinander unterscheiden – sie müssen nicht mehr entweder gleichgesetzt oder aber voneinander dissoziiert werden.

Die Wahrnehmung und Repräsentation eigener und anderer psychischer Zustände und die Möglichkeiten, regulatorisch damit umzugehen sind demgemäss abhängig von den Gelegenheiten, die mentalen Systeme von Bezugspersonen zu erforschen und von den Erfahrungen, die dabei gemacht werden. Gemäss Fonagy (2001/2003) bilden sichere Bindungen, in denen die mentale Verfassung des Kindes korrekt erfasst und modifiziert gespiegelt wird, eine relativ

stabile Basis für diese Erforschung. Die Symbolisierung der inneren Verfassung und damit eine verbesserte Affektregulierung gelinge, weil sich das Kind beruhigt fühle, wenn es an die innere Verfassung der Bindungsperson denke. Es kann seine Ressourcen für die (interaktive) Reflexion eigener mentaler Zustände nutzen. Empirische Forschungen zeigen gemäss Fonagy und Target (2003/2006), dass vermeidend-gebundene Kinder lernen, emotionale Zustände auszublenden, während unsicher-ambivalent gebundene Kinder vom eigenen Kummer vollständig in Anspruch genommen werden. Weiter halten die Autoren desorganisiert-gebundene Kinder zwar für fähig, emotionale Gewahrsamkeit zu erwerben, es gelingt diesen aber nicht, diese in Form einer verbesserten Affektregulation in ihre Selbstorganisation zu integrieren:

> Das desorganisiert gebundene Kind hingegen erforscht mit vergleichbarer Aufmerksamkeit nicht die Repräsentation seiner eigenen mentalen Zustände in der Psyche der Mutter, sondern deren mentale Zustände, denn sie drohen, sein eigenes Selbst zu untergraben. Sie können in der Selbstrepräsentanz des Kindes einen Fremdkörper bilden, der als so unerträglich empfunden wird, dass die Re – Externalisierung dieser Selbstanteile auf Bindungsfiguren - und nicht, wie beim sicher gebundenen Kind, die Internalisierung der Fähigkeit, Affekte und andere intentionale Zustände zu containen - zum Organisator des gesamten Bindungsverhaltens wird (ebd., S. 372).

2.2.4 Mentalisierungsfähigkeit, Feinfühligkeit und interpersonale Affektregulation

Nebst dieser entlang der Theorien zur Affektspiegelung und zur Integration von unterschiedlichen Modi des inneren Erlebens entwickelten Differenzierung des Inneren Arbeitsmodells, zeigen die Ergebnisse von Fonagys Forschungsgruppe auch mögliche Implikationen für die Konzeption der Feinfühligkeit. Mentalisierende Funktionen werden als Einflussfaktor nicht nur auf die kindliche Entwicklung der Affektregulation, sondern als reflexive Fähigkeit auch im Zusammenhang mit der Feinfühligkeit der Bezugsperson näher betrachtet.

Die Verfügbarkeit einer Bezugsperson, die das eigene und das innere Befinden des Kindes ihrerseits reflexiv wahrnehmen und vor allem in affektintensiven Situationen angemessen reflektieren kann, erhöht gemäss Daudert (2002) die Wahrscheinlichkeit der sicheren Bindung des Kindes, und diese wiederum fördert dessen metakognitive Fähigkeiten. Diese bei Fonagy als ‚Mentalisierungsfähigkeit/reflexive Funktion', bei Main (1991) als ‚meta-kognitive Steuerung' oder bei Baron-Cohen (1995) als ‚Theory of mind' je unterschiedlich ausgearbeitete, aber ähnliche Fähigkeit wird in der traditionellen Psychoanalyse als Symbolisierungsfähigkeit bezeichnet und spielt in allen Theorien eine bedeutende Rolle für die Affektregulation. Daudert (2002) führt aus, dass die Wahrnehmung von Gefühlen bei anderen vor der Entwicklung einer solchen Theory of mind auch bedeute, diese Gefühle teilen zu müssen. Erst durch die mentale Repräsentation kognitiver und emotionaler Erfahrungen könnten Affekte anderer verstanden und als die ihren verstanden werden, ohne gleichsam davon angesteckt oder überwältigt zu werden (zu Modellen für den Mechanismus einer solchen Gefühlsansteckung wie

Assoziation, Konditionierung, Motor Mimikry und Spiegelneuronen und zu Abgrenzungen von Empathie, sozialer Kognition und Theory of mind vgl. Bischof-Köhler, 2011).

Der entscheidende Einfluss von Feinfühligkeit auf die Bindungsqualität wurde in ihrer ursprünglichen Konzeption empirisch zwar häufig, aber nur in sehr heterogener Weise bestätigt, was einerseits mit Unterschieden in der Operationalisierung in Zusammenhang gebracht wird und nicht mit dem Konstrukt an sich (vgl. Grossmann, 2004). Andererseits zeigte eine Meta-Analyse von de Wolff und van IJzendoorn (1997) anhand von über 1000 Mutter-Kind-Bindungen auf, dass eine Bindungsbeziehung nicht nur durch die Sensitivität der Betreuung konstituiert sein kann. Es gibt entsprechend viele Untersuchungen, die Einflüsse auf die Bindungsentwicklung empirisch zu erfassen suchen. Asendorpf und Banse (2000) halten in einer Bilanzierung entsprechender Forschungen fest, dass die Qualität der Bindung an die Eltern bei Kleinkindern durch Merkmale der Eltern (besonders Einfühlsamkeit als Prädiktor von sicherer Bindung) und durch Temperamentsmerkmale des Kindes (insbesondere emotionale Labilität) beeinflusst sei. Dabei könnten Risikofaktoren der Eltern und des Kindes in Wechselwirkung geraten, sich z. B. sogar gegenseitig potenzieren.

Zentner (2004, S. 177) schlägt eine Definition von Temperament vor, die gängige Überlegungen (Bates, 1989, Rothbart/Bates 1998) aufgreife:

> Das Temperament ist ein Ausdruck für individuelle Besonderheiten in emotionalen und formalen Aspekten des Verhaltens (unter Ausschluss von Intelligenz und Pathologie), die schon sehr früh in der kindlichen Entwicklung zu beobachten sind, eine relativ hohe zeitliche Stabilität und eine enge Beziehung zu physiologischen Mechanismen aufweisen.

Ein intersubjektiver Ansatz geht von solchen Wechselwirkungen aus, greift allerdings auch auf Bowlbys ursprüngliche Konzeption der Bindungsfigur zurück als einer Person, die verfügbar und ‚stronger and wiser' ist und somit auch psychische Sicherheit durch intensive soziale Interaktion und Promptheit der Reaktion vermitteln kann; zwei Faktoren, die von Bowlby als wesentlich für die Wahl einer Person als Bindungsfigur bezeichnet wurden und die als Kriterien für die Entwicklung alternativer Bindungsbeziehungen gelten können (1969/1975). Kinder wählen allerdings ihre Eltern nicht und binden sich aufgrund des phylogenetisch geprägten Bindungssystems an jede primäre Bezugsperson, die Ausprägung der jeweiligen Bindungsqualität ist dabei abhängig von der erfahrenen Unterstützung. Als wesentlicher Faktor für die Qualität dieser Unterstützung ist nebst der Intensität der sozialen Interaktion die Promptheit der Reaktionen wiederum abhängig von der dazu notwendigen Empathie der Bindungsperson für die mentalen Prozesse des Kindes.

Wie Fonagy und seine Forschungsgruppe gezeigt haben steht der Entwicklungsschritt der Mentalisierung in Zusammenhang mit einer kongruenten, kontingenten und markierten Affektspiegelung innerhalb primärer Bindungsbeziehungen. Die Reflexionsfähigkeit, verstanden

als Fähigkeit der Bindungsperson, psychologisch zu interpretieren, kann als Aspekt der dazu notwendigen Feinfühligkeit verstanden werden. Diese wird gemäss empirischen Untersuchungen vor allem auch in der späteren Entwicklung noch relevanter, in welcher der direkte Einfluss einer sicheren Bindung zurückgeht (Daudert, 2002).

Fonagy et al. haben die reflexive Funktion in einer Skala operationalisiert, diese gilt als „mentalisierte" Form des Feinfühligkeitskonzepts (1998; dt. Übersetzung: Daudert, 2001). Die ‚Skala des reflexiven Selbst' wird auf Narrative aus dem Adult Attachment Interview angewendet und ermöglicht die dimensionale Messung meta-kognitiver Fähigkeiten bei Erwachsenen entlang folgender Kriterien (in Anlehnung an Daudert, 2002, S. 58):

- die spezielle Erwähnung mentalen Befindens
- das Einfühlungsvermögen in die Charakteristika, die Komplexität, Unterschiedlichkeit und Vielfalt mentalen Befindens
- spezielle Bemühungen, beobachtbares Verhalten mit mentalen Zuständen zu verknüpfen
- die Anerkennung der Veränderungsmöglichkeiten mentaler Zustände und damit implizit auch des entsprechenden Verhaltens

Daudert (ebd.) führt empirische Forschungen an, die schliessen lassen, dass die so gemessene Fähigkeit, über das Kind und die eigene Person in psychologischer Weise nachzudenken, ein Schutzfaktor ist, der davor bewahrt, eigene schlechte Kindheitserfahrungen in der Interaktion zu agieren. Eine gut ausgebildete reflexive Funktion unterstützt darin, Interaktionen abzufedern, unerwünschte Einflüsse zu minimieren und das generelle Verständnis des Kindes über seelische Prozesse durch Art und Inhalt von Gesprächen, das Ausmass an Phantasiespielen und spezifische Erziehungsmassnahmen zu fördern. Die Skala zeigt dort prädiktive Relevanz als Schutzfaktor, wo Risikofaktoren auf Seiten der Bindungsperson bestehen, für sichere Mütter zeigt sich kein zusätzlicher Effekt.

Bateman und Fonagy (2004/2008) schliessen aus der Assoziation einer guten Reflexionsfunktion der Mutter mit einer sicheren Bindung des Kindes, dass ein niedriges Niveau umgekehrt das Risiko einer unsicheren und möglicherweise desorganisierten Bindung mit sich bringt. Die Reflexionsfähigkeit der Bindungsperson kann somit als Aspekt der Feinfühligkeit betrachtet werden, die ihre psychische Verfügbarkeit schützt, indem eigene Belastungen (schwierige Bindungserfahrungen, Trauma, Lebensumstände) wie auch belastende Faktoren auf Seiten des Kindes (schwieriges Temperament, Geburtskomplikationen, frühe Regulationsstörungen) eher kompensiert werden können und sich nicht in für die Emotionsentwicklung des Kindes negativen Fehlinterpretationen oder Projektionen auswirken. Dieses Modell einer Risiko- und Schutzkonzeption von Bindungsaspekten entspricht den ursprünglichen Intentionen der Bindungstheorie als einer klinischen Entwicklungstheorie, wie sie Bowlby mit dem Bild von möglichen Entwicklungslinien als sich verzweigende Bahngeleise zeichnet. Die Entwicklungslinien sind bei Geburt noch gebündelt, in deren Verlauf können sich aber unter bestimmten Bedin-

gungen psychische Störungen einstellen (1988/2010). Diese Metapher wurde gemäss Schleiffer (2001) von Bowlby in die entwicklungspsychologische Literatur eingeführt, um die grosse Variationsbreite von Entwicklungsverläufen zu veranschaulichen, wobei sowohl im Normbereich als auch im pathologischen Bereich viele unterschiedliche Pfade möglich seien. Dieses Konzept der Entwicklungspfade wird auch in der modernen Entwicklungspsychopathologie angewandt mit dem Ziel, „risikoerhöhende und -mildernde Bedingungen aufzudecken, Ursachen für Resilienz und Vulnerabilität abzuklären, sowie zu erforschen, über welche Mechanismen und Prozesse solche Bedingungen wirken" (Petermann, Niebank und Scheithauer, 2004, S. 4).

Wie die bisherigen Ausführungen fokussiert auch das nächste Kapitel zum entwicklungspsychopathologischen Konzept der Bindungstheorie auf die Thematik der Affektregulation, resp. der Affektdysregulation, die als ein fundamentaler Mechanismus aller psychiatrischen Störungen angenommen wird (Bradley, 2000; Taylor et al., 1997).

2.3 Bindungstheorie und Entwicklungspsychopathologie

In einem Vergleich entwicklungspsychopathologischer Modelle zeigt Zimmermann (2002) auf, in welcher Weise ein bindungstheoretischer Ansatz über die gängigen Risiko- und Schutzfaktorenmodelle hinausgeht, die Resilienz entweder als Ergebnis einer Balance zwischen gegebenen Schutz- und Risikofaktoren betrachten oder als Wirkung von individuell erlernten Kompetenzen, Kompetenzüberzeugungen und Copingstrategien, die die Wirkung von Risikofaktoren minimieren, resp. negative Entwicklungspfade unterbrechen. Der entscheidende Beitrag der Bindungstheorie liegt gemäss Zimmermann darin, dass sie erklärt, wie solche Kompetenzen mit einer effektiven individuellen und sozialen Emotionsregulation in Zusammenhang stehen, die aufgrund von sicheren Bindungen als Basis der generellen Kompetenzentwicklung entsteht. Sichere Bindungserfahrungen führen zu Arbeitsmodellen „von sich selbst als liebenswert (mit Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl als Schutzfaktor)" und „von anderen Personen als prinzipiell hilfsbereit". Die erfahrenen Unterstützungsleistungen in der Exploration und im Umgang mit Anforderungen der Umwelt „fördern zusätzlich die Entwicklung eines Selbstbildes als kompetent und wirksam" (Zimmermann, 2002, S. 151).

Fonagys ‚Interpersonaler Interpretationsmechanismus' wiederum erweitert, resp. vertieft diese Konzeption von Arbeitsmodell im Aspekt der psychischen Kompetenz, eigene und andere innere Zustände angemessen zu interpretieren und so neue Erfahrungen zu verarbeiten:

> Das Verständnis der psychischen Zustände, dessen Prototyp im emotionalen Schmelztiegel der ersten Beziehungen erworben wird, dient normalerweise als Organisator und als Schutz und kann vielleicht zahlreiche Faktoren erklären, die wir in den allgemeinen Kategorien Resilienz und Vulnerabilität zuordnen (Fonagy, 2005, S. 163).

Zimmermann et al. (1995) zitieren Studien, die zeigen, dass unsicher gebundene Kinder in nicht eindeutigen Konfliktsituationen anderen Menschen eher feindselige Absichten zuschreiben und sich als kompetenter wahrnehmen, als sie in ihrem Umfeld wahrgenommen werden. Im Bindungsinterview mit unsicher gebundenen Erwachsenen zeigt sich, dass Eltern idealisiert werden und ein Teil der Realität ausgeklammert wird. Ein sicheres inneres Arbeitsmodell und meta-kognitive Fähigkeiten hingegen erlauben es, auch negative Erfahrungen über den Zugang zu emotionalen Bewertungen bewusst zu machen und zusätzlich kognitiv zu bewerten.

Eine solche sichere Bindungsrepräsentation stehe mit mehr aktiven und weniger vermeidenden Bewältigungsstrategien, einer höheren Ich-Flexibilität (situationsbezogene Anpassung von Bedürfnissen, Gefühlen und Impulsen), weniger Hilflosigkeit, weniger Ängstlichkeit, geringerer emotionaler Belastung und einem angemessenen Umgang mit Gefühlen und weniger Rückzugsverhalten in schwierigen Situationen in Zusammenhang (Zimmermann 1995; 2002). All diese Kompetenzen können zu einem resilienten Umgang mit Belastungen (dispositionale Risikofaktoren, Lebensereignisse, sozioökonomische Bedingungen etc.) beitragen und das Einhalten seelisch gesunder Entwicklungspfade unterstützen. In Bezug auf den näheren Zusammenhang von Bindung und Affektregulierung bei Erwachsenen konnten mittels computergestützter Textanalysen des Adult Attachment Interview frühere Befunde bestätigt werden, die für sicher gebundene Personen eine balancierte Aufmerksamkeit gegenüber affektiven Themen aufwiesen, während ambivalente Personen übertrieben aufmerksam auf emotionale Stimuli, vor allem negative Affekte achteten. Vermeidende Personen entwickelten defensive Strategien sowohl gegenüber negativen wie positiven Affekten (Buchheim & Mergenthaler 2000; zit. nach Buchheim 2002, S. 220).

Entsprechend solcher Forschungsergebnisse und innerhalb entwicklungspsychopathologischer Modelle werden unsichere Bindungsmuster als tendenzielle Risikofaktoren für eine pathologische Entwicklung angesehen, stellen aber selbst normale Muster dar und ermöglichen in gewissen Zusammenhängen durchaus resilientes Verhalten, z. B. in Form der Vermeidung. Sie haben dann gemäss Fonagy die Funktion, das Selbst in intensiven interpersonalen Beziehungen zu schützen (2005). Ein unsicheres Bindungsmodell muss als unspezifischer Risikofaktor gesehen werden, erhöht aber gemäss von Fonagy und Target zitierten Untersuchungen im Besonderen die Vulnerabilität für Depression, Angst, Feindseligkeit und psychosomatische Erkrankungen und schwächt die Ich-Resilienz (2003/2006, S. 328). Wichtig ist in diesem Zusammenhang der probabilistische Ansatz der Entwicklungspsychopathologie, der psychiatrische Störungen als Folge eines Zusammentreffens von gehäuftem Risiko und Vulnerabilität bei gleichzeitigem Fehlen von protektiven Faktoren sieht (Schleiffer, 2001). Unter diesem Gesichtspunkt müssen Studien, die direkte Beziehungen zwischen unsicherer Bindung und Psychopathologien aufzeigen immer eingeordnet werden. Als hinlänglich gesichert gelten z. B. die

Assoziation von Angststörungen mit einer unsicher-ambivalenten Bindungsorganisation (als Ausdruck einer überwiegend als gefährdet erlebten Bindungsentwicklung) und der Zusammenhang von desorganisierten Bindungsmustern und dissoziativen Störungen (Schleiffer, 2001).

Die desorganisierte Bindungsform ist sowohl für Kinder als auch für Erwachsene mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit einer psychopathologischen Entwicklung assoziiert (Lyons-Ruth & Jacobvitz 1999; zit. nach Buchheim 2002, S. 220). Eine starke und/oder andauernde, traumatische Bedrohung des Bindungssystems (durch Drohungen, Verlassenwerden, Misshandlung, Isolation, Missbrauch) führt gemäss Schore (2003/2009) zu Alarmbereitschaft statt zur Erfahrung eines sicheren Hafens. Die paradoxe und unlösbare Situation, dort Hilfe zu suchen, wo die Gefahr droht, wird ‚gelöst' durch ständige Aktivierung des Systems (Hypererregung), im späteren Verlauf durch dessen Deaktivierung (Dissoziation). Ein solch traumatischer Kontext führe dazu, dass keine wechselseitige Interaktion von Regulationsmechanismen stattfinden könne, es entstehe kein dyadischer Bindungsmechanismus, was Schore als Leere in der intersubjektiven Kommunikation bezeichnet:

> Dies ist der Kontext einer Ein-Personen-Psychologie - einer radikal auf das Überleben ausgerichteten Ein-Personen-Psychologie. Sowohl in der frühen Kindheit als auch in allen späteren Momenten im Lebensverlauf sind in einem existenziellen Einbruch von Dissoziation ganz plötzlich das subjektive Selbst und das intersubjektive Feld wie ausgelöscht und existieren einfach nicht. Durch den metabolischen Zusammenbruch hören höhere Gehirnaktivitäten einschliesslich der Fähigkeit, externe soziale Stimuli und entstehende innere Bilder zu bearbeiten auf (Schore, 2003/2009, S. 174).

Die Desorganisation von Bindung kann im entwicklungspsychopathologischen Sinn über das ganze Lebensalter Auswirkungen haben, da kein stabiles Bindungsmuster zur Verfügung steht und damit die Konfrontation mit belastenden Ereignissen eine dauernde Herausforderung und - im bindungstheoretischen Verständnis - existenzielle Bedrohung darstellt. Den zentralen Mechanismus von Bindung und Affektregulation kann in diesem Zusammenhang das von Holmes (2001) geprägte Bild des Bindungssystems als psychologisches Immunsystem erläutern. Es wird gemäss Hartmann über Affekte aktiviert:

> So wie unser körperliches Immunsystem auf allergische Reize reagiert, oder gar im Fall von Autoimmunerkrankungen diese Reaktion gegen sich selbst richtet, so kann auch das psychische Immunsystem allergisch oder gegen sich selbst gerichtet reagieren. Dies geschieht besonders auf der Basis schwacher und unsicherer oder nicht organisierter Bindungsbeziehungen (2005, S.16).

Der prognostische Wert von Bindungsunterschieden für eine pathologische Entwicklung ist gemäss Spangler und Zimmermann (1999) zusammenfassend sehr deutlich. Genau so klar ist, dass diese nicht alleiniger Bedingungsfaktor sein können. Der entscheidende Einfluss sei auf der Ebene der Emotions- und Verhaltensregulierung zu erwarten und zeige sich in der Ver-

fügbarkeit angemessener individueller und sozialer Bewältigungsmechanismen und der Flexibilität im Einsatz dieser Ressourcen. Die Autoren führen dazu aus, dass sichere Arbeitsmodelle die Integration emotionaler und kognitiver Informationen erlauben, während Menschen mit unsicher-vermeidenden Mustern emotionale Informationen nur eingeschränkt wahrnehmen und nutzen können, unsicher-ambivalente Menschen den Fokus der Aufmerksamkeit hingegen vornehmend darauf ausrichten. Aufgrund der ursprünglich prozeduralen und zunehmend auch deklarativen Ebene der Regulation, die prozedurale Inhalte nur teilweise integrieren kann, entstehen zwei verschiedene Arten von Emotions- und Verhaltensregulation, die konkordant oder diskrepant sein können.

An diesem Punkt zeigt sich die Relevanz einer Mentalisierungsfähigkeit, die auf der intersubjektiv erworbenen Erfahrung basiert, als Wesen mit eigenständigen Gefühls- und Denkprozessen wahrgenommen zu werden. Sie hat im Umgang mit neuen Anforderungen eine interpretative Funktion, die emotionale und kognitive Bewertungsprozesse von sich und anderen als solche erkennen und selbstreflexiv integrieren kann und somit die Grundlage der intrapersonalen Affektregulation bildet (Daudert, 2002).

2.3.1 Bindungstheoretisch fundierte Interventionen

Hartmann (2005) hat das Bild des Bindungssystems als Immunsystem aufgenommen, um das Prinzip bindungstheoretischer Interventionen darzustellen. So wie die Aktivierung von körpereigenen Immunabwehrreaktionen durch Immunisierung bewirke auch psychotherapeutische Behandlung - über das Zur-Verfügung-Stellen einer sicheren Basis - eine Art passive Immunisierung. Psychologisch gesehen sei vorhandene Bindungssicherheit die beste Voraussetzung, dass sich ein negatives Selbstbild nicht einnisten und unerwünschte Gedanken nicht intrusiv einwirken können. Seitens der Bezugsperson der frühen Kindheit wie auch der Therapeuten gehe es dabei um Einfühlung und darum, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung als abgegrenzte Subjekte mit ihren eigenen Gefühlen wahrzunehmen. Es gehe für diese darum, sich selbst besser kennen zu lernen, sich von andern unterscheiden und die selbstreflexive Funktion des Gebrauchs von Repräsentationen als Schlüssel zum psychischen Überleben nutzen zu können.

Schore (2003/2009) weist darauf hin, dass vor allem die Beziehung den Unterschied im therapeutischen Ergebnis erklärt, was empirisch vielfach abgesichert ist (vgl. z. B. Grawe et al. 1994), und dass die neuronale Plastizität auch im Erwachsenenalter die Co-Regulation von Affekten und entsprechende Veränderungen im rechtshemisphärischen System zulasse. Es gehe um die Bedeutung der therapeutischen Einfühlung als einem wesentlichen Mechanismus der Behandlung und „um eine rechtshemisphärisch-nonverbale psychobiologische Abstimmung und Verwendung affektsynchronisierter Transaktionen zur interaktiven Generierung und Ausdehnung positiver Affekte, die die Anbindung des Patienten an den Therapeuten ver-

stärken“. Zentral sind gemäss Schore „dysregulierte, zumeist dissoziierte *‚primitive‘* Affekte wie Scham, Ekel, Hochgefühl, Aufregung, Schrecken, Wut und hoffnungslose Verzweiflung, die nie interaktiv reguliert wurden, - und das Gewahrwerden der Unsicherheit in der Bindung, die implizit-prozedural - eingeprägt als unbewusstes Arbeitsmodell - die Strategien der Affektregulation und das Verhalten in Beziehungen beeinflusse“ (2003/2009, S. 317, Hervorhebung im Original).

Im engeren bindungstheoretischen Kontext wird von korrigierenden Bindungserfahrungen gesprochen, die ein Leben lang möglich sind. Bowlby betont ebenfalls den Stellenwert der therapeutischen Beziehung, die als sichere Basis zu gestalten sei und als wichtigstes Element die emotionale Kommunikation und die Äusserung von Gefühlen beinhalte, da diese und das Wissen um die beiderseitige Befindlichkeit bereits den frühen Aufbau und die Veränderung der internalen Selbst- und Objektmodelle steuerten und ihnen die entsprechende Funktion in der therapeutischen Aufarbeitung der individuellen Bindungen und der Entstehungsgeschichte der Arbeitsmodelle zukomme (1988/2010).

Die Bindungstheorie bietet mit dem Konzept der Bindungsbeziehung einen inhaltlichen Ansatz zur Beschreibung von therapeutischer Beziehungsqualität. So kann davon ausgegangen werden, dass der Anlass einer Therapie Krankheit, Kummer oder Not ist, also ein Zustand, der das Bindungssystem aktiviert und ein intensiviertes Bindungsverhalten im Rahmen der bisher erfahrenen Bindungsbeziehungen, resp. entlang der gebildeten inneren Arbeitsmodelle mit sich bringt. Die therapeutische Beziehung wird zum Ort der Sicherheit (save haven). Aufgrund dieser Beruhigung kann wiederum das Explorationssystem aktiviert und autonome Erkundungen auf emotional sicherem Boden ermöglicht werden (secure base). Der emotional sichere Boden entsteht durch das Gelingen einer gegenseitigen Bezogenheit, die Staemmler (2009) als Form des social referencings bezeichnet, in welche die individuellen empathischen Fähigkeiten beider Beteiligten einfliessen und sich gegenseitig bedingen. Social referencing wird bereits von Kindern ab rund 6 Monaten eingesetzt, um mittels Blickkontakt - vor allem in unsicheren Situationen - mimische und vokale Hinweise zu erhalten, die ihnen die emotionale Einschätzung einer Situation erlauben. Diese multiplen empathischen Mikroprozesse werden über zu einem grossen Teil unbewusste affektive Signale vermittelt, deren Wahrnehmung und Interpretation in Zusammenhang stehen mit der aktuellen Situation und der Qualität der entstehenden Bindungsbeziehung. Das schliesst gemäss Staemmler (2009) auch Momente des Scheiterns und die Notwendigkeit der Wiederherstellung des Bezugs mit ein, eine Fähigkeit, die ebenfalls bereits früh auf der Ebene des affektiven attunements geübt wird, und die je nach Erfahrungen zu sehr unterschiedlichen Regulations- und Abwehrmechanismen in solchen Situationen führen kann.

Als Repräsentationssystem solcher Erfahrungen bilden sich die inneren Arbeitsmodelle; - eine korrigierende Bindungserfahrung bietet einerseits unmittelbare gute Erfahrungen durch die

Vermittlung einer emotional sicheren Bindung, andererseits muss sie dazu beitragen, dass neue Erfahrungen auch autonom und ausserhalb dieser Beziehung positiv erlebt und zu neuen Arbeitsmodellen gestaltet werden können, wenn sie entwicklungsfördernd sein soll. Nicht nur, aber auch für den Aspekt der Affektregulierung bedeutet das - der intersubjektiven Entwicklungslogik der Bindungstheorie folgend - dass ein interpersonaler Prozess durch Internalisierung in einen intrapersonalen Prozess umgewandelt wird und damit die psychischen Voraussetzungen für die weitere Exploration und Entwicklung geschaffen werden. Das Konzept der darin enthaltenen (intersubjektiven) Unterstützungsleistung in der Erreichung eines höheren psychischen Funktionsniveaus kann mit Vygotskijs ‚Zone der nächsten Entwicklung' analog umrissen werden. Diese besteht

> im Abstand zwischen dem aktuellen Entwicklungsniveau, gemessen an der Fähigkeit zu selbstständigem Problemlösen, und dem Niveau potentieller Entwicklung, gemessen an der Fähigkeit zum Problemlösen unter der Anleitung eines Erwachsenen oder in Zusammenarbeit mit einem kompetenteren Peer (1978, S. 86: zit. nach Staemmler, 2009, S. 260).

Unterstützung ist gemäss Jacobs „das was fähig macht und schliesst immer eine Interaktion zwischen den Ressourcen der Person und denen ihrer Umwelt ein" (2006, S. 12, zit. nach Staemmler, 2009, S. 261). Entwicklungspsychopathologisch betrachtet sind sichere Bindungen, resp. korrigierende Bindungserfahrungen Ressourcen in diesem Sinn.

2.4 Bindung und Affektregulation im Kontext geistiger Behinderung

Die Bindungstheorie erklärt Zusammenhänge psychischer Sicherheit auf der individuellen Ebene und die korrelativen Gruppenvergleiche der Bindungsforschung dienen als empirische Belege der Bindungstheorie, sind aber für einzelne Personen aus einer Gruppe nicht unbedingt anwendbar. Das liegt im Wesentlichen daran, dass das Bindungssystem aufgrund der Lebensgeschichte und des Temperaments in sehr unterschiedlichen Situationen aktiv wird, da jedes Individuum seine eigenen Formen von Anpassung entwickelt hat (Grossmann & Grossmann, 2005). Für Menschen mit geistiger Behinderung, die in sich schon eine äusserst heterogene Gruppe bilden, ist das ergänzende Konzept der individuellen Entwicklungspfade deshalb mehrfach zentral und es gilt, auch die Bindungsentwicklung im Rahmen der gesamten, oft nicht linear-logischen Entwicklung zu verstehen. Individuelle Entwicklungsverläufe bei klinisch relevanten Gruppen sind gemäss Rauh (1999) grundsätzlich nur aus einer qualifizierten, multiperspektivischen Sicht verständlich. Diese beachte die unterschiedlichen Verflechtungen einzelner Entwicklungsaspekte, die sich nicht synchron entwickeln und adaptiere die wesentlichen Entwicklungsmechanismen auf die besondere Situation, in der sich ein Mensch befindet. Erwiesen ist aber, dass die vermehrte Erfahrung von Verunsicherung im Lebensverlauf mit den Lebensumständen und mit Bindungserfahrungen zu tun hat. Das Gefüge psychi-

scher Sicherheit hängt weitgehend davon ab, ob die Bereitschaft und die Möglichkeit zu sicheren Bindungen besteht (Grossmann & Grossmann, 2005).

So bilanziert auch Senckel den Stellenwert der Bindungstheorie für Menschen mit geistiger Behinderung wie folgt (2003, S. 130):

> Die Bedeutung der Bindungstheorie für Menschen mit geistiger Behinderung liegt auf der Hand. Die geistige Behinderung selbst ist als Risikofaktor für die psychische Entwicklung anzusehen. Da könnte eine sichere Bindung als stabilisierender Schutzfaktor wirken, insofern sie durch die Vermittlung von emotionaler Sicherheit und von Selbstvertrauen den Boden bereitet für eine bestmögliche Autonomie-Entwicklung, das Ausschöpfen der kognitiven Ressourcen und den Erwerb befriedigender sozialer Kompetenzen.

2.4.1 Spezifische entwicklungspsychologische Grundlagen

Senckel (2003) subsummiert unter dem Begriff ‚Risikofaktor geistige Behinderung' unterschiedliche Aspekte, die der Person, der Behinderung, der Entwicklung und dem Umfeld zugeordnet werden können. Zum einen sei das Temperament vieler Kinder mit geistiger Behinderung apathisch oder reizbar-verspannt, ihre Signale atypisch und für das Umfeld schwer verständlich. Die dadurch ausgelöste Unsicherheit bei der Bindungsperson führe zu Überforderung und lasse eine feinfühlig abgestimmte Interaktion scheitern. Zudem werde auf die Geburt eines behinderten Kindes oft traumatisch reagiert, was lange unverarbeitet bleibe oder zur Ablehnung des Kindes führe. Im Weiteren führen notwendige Spitalaufenthalte und eine evtl. Heimunterbringung zum häufigen Wechsel von Bezugspersonen. Luxen (2003, S. 242) stellt die Ausdifferenzierung und Wahrnehmung der Gefühlsfunktionen in Zusammenhang mit dem Niveau der erreichten kognitiven Entwicklung und zitiert eine Meta-Analyse von 21 experimentellen Studien (Rojhan et al., 1995), die darauf schliessen lässt, dass die Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen mit abnehmenden kognitiven Fähigkeiten zunehmen. Diese Konzeption lehnt daran an, dass Kinder mit geistiger Behinderung in ihrer Entwicklung grundsätzlich demselben Entwicklungsverlauf folgen wie andere Kinder.

Auch für die Emotionsregulation besteht ein (normatives) Phasenmodell von Entwicklung, das bindungstheoretische Grundlagen einbezieht und vier Stadien im Verlauf der ersten drei Lebensjahre unterscheidet: Homöostatische Regulation (0 - 3 Monate), die Regulation von kognitiver und physiologischer Spannung (4 - 9 Monate), die sichere Bindung (9 - 12 Monate) und die Selbst-Fremd-Differenzierung (Cicchetti et al., 1991). Wie eine feinfühlige Betreuung, die Bindungsqualität und die dadurch unterstützte zunehmende Selbstregulation von Affekten mit dem Erreichen dieser Entwicklungsstufen verknüpft sind, wurde bereits dargestellt, als Beispiel sei hier der Prozess der Mentalisierung und sein Zusammenhang mit der Affektspiegelung erwähnt.

Došen (2008/2010) legt dar, wie häufige Regulationsstörungen basaler physiologischer und psychosozialer Funktionen bei Menschen mit einer intellektuellen Behinderung zu Problemen in der Bindungsentwicklung und weiteren Funktionsstörungen auf höheren Niveaus der Persönlichkeitsentwicklung führen können, die sich dann wiederum in Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen äussern: „Kognitive Einschränkungen haben ohne Zweifel eine grosse Bedeutung für die Regulation des Verhaltens. Der emotionale Entwicklungsstand ist bei der Regulation von emotionalem Input und Verhaltensoutput entscheidend" (S. 141). Regulationsstörungen des Erregungsniveaus des Gehirns (Arousal), des Affekts, der Aggression, des sensorischen Inputs, des motorischen Outputs und der emotionalen Verarbeitung sind gemäss Došen häufig zu beobachten. Die Hemmung von Impulsen aus tieferen Hirnstrukturen gelingt aufgrund von biologisch oder traumatisch bedingten neuronalen Abweichungen nicht und unkontrollierte Verhaltensreaktionen sind die Folge. Dies gelte vor allem für Menschen mit schwerer und schwerster geistiger Behinderung und ähnlich bei nicht gelingender Bindungsentwicklung.

So hat auch Došen (2008/2010) phasische Modelle der emotionalen und der Persönlichkeitsentwicklung zur Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt, die jeweils „charakteristische Aktions- und Reaktionsstile, Formen der Affekt- und Aggressionskontrolle und Arten der Auseinandersetzung" abbilden. Maladaptives Verhalten definiert er dabei als zwar typisch für Entwicklungsalter und Niveau der Persönlichkeitsentwicklung, aber nicht an die Lebensumstände angepasst.

Eine noch deutlichere Fokussierung auf die Bedeutung der sozialen Entwicklungsumstände von Menschen mit geistiger Behinderung vertritt seit langem die kulturhistorische Theorie: „Alle eindeutig psychologischen Besonderheiten des defektiven Kindes sind ihrer Grundlage nach nicht biologischer, sondern sozialer Natur" (Vygotskij, 1975, S. 71). Gemäss Vygotskij entsteht durch einen organischen Defekt ein Kern der Retardation, der am schwersten zu beeinflussen sei, aber:

> Die höheren psychischen Funktionen sind als sekundäre Neubildungen jedoch durch das Kollektiv, durch die Kooperation beeinflussbar (die als primärer Faktor der Kompensation verstanden wird). Geschieht dies nicht oder nicht hinreichend, so kommt es unter Bedingungen sozialer Isolation zu tertiären Neubildungen pathologischer Art, die jedoch nicht unmittelbar dem primären Kern der Retardation zugeschrieben werden dürfen, sondern das Resultat neuer Strukturen des Selbst unter Bedingungen sozialer Isolation sind (1993; S. 255, zit. nach Jantzen, 2001, S. 236).

Jede intrapsychische Funktion entwickelt sich in Abhängigkeit eines ursprünglich interpsychischen, resp. sozialen Prozesses, eine hinreichende Kooperation kann mehr oder weniger gut oder gar nicht gelingen. Dieses Verständnis untermauert die dargestellten Ergebnisse der

Säuglingsforschung, der Neurowissenschaften und der Bindungstheorie. Kooperation beschreibt Lanwer Koppelin (1993, S. 59) im Rahmen eines Fallbeispiels denn auch wie folgt:

> ‚Heilung aus der Begegnung' bedeutet für den pädagogisch/therapeutischen Prozess als grundlegende Konstituente die Wiederherstellung einer Bindung durch ein dialogisches Verhältnis. Bindung ist im Sinne von BOWLBY zu verstehen als „Quelle der Sicherheit".

2.4.2 Aktuelle Forschungsergebnisse

Bereits 1994 forderten Langfeldt und Wember (zit. nach Klauer, 2000, S. 993) aufgrund einer Meta-Analyse zur bisherigen sonderpädagogischen Forschung mehr Anstrengungen in den Bereichen Prävention, Intervention und Evaluation, die stärkere Beachtung der sozialen Interaktion mit Nichtbehinderten, keine Beschränkung auf die Sonderschulen, Forschungen über die gesamte Lebensspanne und die stärkere Beachtung emotional-affektiver Faktoren. Diese Forderungen haben gemäss Klauer nicht an Aktualität eingebüsst. Neuere Meta-Analysen (Buchner & Koenig, 2008) zeigen, dass der Anteil empirischer Forschung vor allem im Bereich schwerer und mehrfacher Beeinträchtigung verschwindend klein ist, was Klauss (2010) darauf zurückführt, dass anscheinend kein irgendwie verwertbarer Ertrag erwartet werde. Unter den heute vordringlichsten Forschungsthemen, die von der DifGb (Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung) in einer aktuellen Forschungslandkarte aufgeführt werden, befindet sich nebst neurobiologischen und psychologischen Grundlagen von Lernprozessen bei geistiger Behinderung oder dem Verständnis von spezifischen Entwicklungsbedingungen, auch die Qualitätsentwicklung von Bildung-, Betreuungs- und Förderangeboten (Terfloth & Janz, 2009).

2.4.2.1 *Geistige Behinderung und Bindungsentwicklung*

Senckel (2003) nennt als häufigste und typische Verhaltensprobleme (auch nur mittel oder leicht) geistig behinderter Kinder und Erwachsener eine im Vergleich zu den kognitiven Kompetenzen sparsame Exploration, wenig Leistungsmotivation, geringes Selbstwertgefühl und ein negatives oder überhöhtes Selbstkonzept, Fehlinterpretationen von sozialen Situationen und Emotionen, Stressreaktionen und geringe Bewältigungsstrategien, resp. aggressive Durchbrüche oder emotionalen Rückzug. Diese zeigen gemäss Senckel (ebd.) deutliche Analogien zu unsicheren und desorganisierten Verhaltensmustern und liessen sich nicht einfach auf die geistige Behinderung, verstanden als Reiz- und Informationsverarbeitungsschwäche zurückführen. Es sei vielmehr anzunehmen, dass diese durch eine überhäufig ungünstige Bindungsorganisation verstärkt und dadurch auch die Emotions- und Verhaltensregulation eingeschränkt werde.

Die bisherigen Untersuchungen zur Bindungsorganisation von Menschen mit geistiger Behinderung beziehen sich vor allem auf Kinder mit Down Syndrom und auf Kinder mit Autismus.

Untersucht wurden auch Kinder mit körperlichen Behinderungen und es zeigte sich hier, dass motorische und visuelle Beeinträchtigungen das Bindungsverhaltensrepertoire deutlicher einschränken als Hörbehinderungen, aber insgesamt auch bei schwer körperlich behinderten Kindern dieselben Verteilungen von Bindungsmustern zu finden sind wie bei Kindern ohne Behinderung, da sich die primären Bezugspersonen offensichtlich gut auf die entsprechenden Probleme einstellen können (Rauh, 2004).

Für Kinder mit Down Syndrom ergaben sich in unterschiedlichen Untersuchungsdesigns (Alter, Messinstrumente) sichere Bindungsklassifikationen zwischen 40% und 53%, während die Zahlen für unsichere, desorganisierte und unklassifizierbare Muster enorm schwanken (für eine Übersicht zu den einzelnen Forschungen vgl. Schuengel & Janssen, 2006). Die Autoren führen an, dass Kinder mit Down Syndrom reduziertes und weniger deutliches Bindungsverhalten und atypische Verteilungsmuster in der Klassifikation zeigen und dass die Bindungsqualität interagiert mit dem kognitiven Entwicklungsniveau der Kinder und der Feinfühligkeit der Mütter. Auch Untersuchungen zu Autismus zeigen solche Zusammenhänge auf. Rauh (2004) fasst zusammen, dass die Reaktionen in der ‚Fremden-Situation' zwar nur schwach, aber klassifizierbar sind und unter Berücksichtigung auch sonst beobachtbarer Stereotypien 40 - 50% der Kinder sicher gebunden waren. Vergleichbar zu den Resultaten für Kinder mit Down Syndrom stand dies allerdings in Abhängigkeit zu einer erhöhten Feinfühligkeit der Mutter und zu einem höheren kognitiven Niveau (verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit). Einschränkungen im Erkennen und Interpretieren von sozialen Informationen und in der sozialen Kommunikation führen dagegen zu Bindungen, die in ihrer Qualität verändert scheinen, und zu nicht eindeutigen Klassifikationen, resp. zu einem erhöhten Anteil von desorganisierten Bindungsmustern. Hier haben elterliche Bindungsmuster wiederum Einfluss. So zeigen Leskin et al. (2010), dass Kinder mit Autismusspektrumsstörungen, deren Eltern sichere Bindungsrepräsentationen aufwiesen, fähiger waren, nonverbale Kommunikation zu initiieren und zu beantworten, soziales Problemlösen zu organisieren, sich Vorstellungen zu machen und sich im symbolischen Spiel zu engagieren und verbal zu kommunizieren.

Schuengel et al. (2006) schliessen in einer Review von Forschungsergebnissen zu Stress, Affektregulation und Bindung, dass die häufig untypische Bindungsentwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung einerseits die Folge ungenügender feinfühliger Responsivität ist, und dass untypische Verhaltensweisen und besonderes Stresserleben andererseits Sensitivität erschweren. Die Überrepräsentation von atypischen (desorganisierten und unklassifizierbaren) Bindungen zeige, dass die funktionale Organisation von Interaktionsmustern mit den Fürsorgepersonen rund um die Regulation von Affekt und Verhalten in Stresssituationen erschwert sei. Die Autoren sind der Meinung, dass die häufig atypische Bindungsentwicklung vermehrt in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit gestellt werden muss.

2.4.2.2 *Bindungsbeziehungen und interpersonale Affektregulation*

Janssen et al. stellen diesen Zusammenhang als Ergebnis einer Review zu Stresserleben, Coping und Bindungsbeziehungen von Menschen mit geistiger Behinderung wie folgt her:

> The body of studies on attachment indicates, that people with ID are at risk for developing insecure, especially disorganized attachment. There is evidence from other populations that the combination of stress, and insecure or disorganized attachment may put people at risk for developing behaviour problems (2002, pp. 445).

Gemäss Schuengel et al. (2006) ist eine chronische Dysregulation affektiver Erregung (als Risikofaktor für eine psychopathologische Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung) bedingt durch ungenügende eigene Coping-Strategien im Umgang mit (häufigen sozialen) Stressoren. Zudem kann aufgrund der überhäufig unsicheren, resp. desorganisierten Bindungsmuster nicht direkt und unproblematisch auf mögliche Bindungspersonen als sicherer Hafen zurück gegriffen werden. Die Autoren schliessen in ihrer Review der Forschungsergebnisse zu Stress, Affektregulation und Bindung, dass häufiges und massives Distresserleben, unsichere Bindungsmuster und intersubjektive Probleme in der Affektregulation wichtige Risikofaktoren sind, die die hohe Prävalenz psychopathologischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung erklären. Für erwachsene, institutionell betreute Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen zeigt sich, dass sie in herausfordernden Situationen ohne die Unterstützung einer Bindungsperson extreme Stresszustände entwickeln, in denen ihnen die ohnehin beeinträchtigte Affektregulation nicht mehr gelingt (ebd.).

Die Autoren betonen, dass Kinder mit geistiger Behinderung einer ausserordentlich sensitiven und responsiven Bindungsbeziehung bedürfen, um diese Risikofaktoren zu minimieren. Eine solche wird gemäss Grossmann verstanden als spezifische Beziehung, die vor allem zur Angstminderung dient. Das Ausmass, in welchem diese Sicherheit aus der Sicht des „Schwächeren“ in der Beziehung vermittelt wird, wird als Bindungsqualität bezeichnet (2005, S. 71-72). Diese Sicherheit wiederum wirkt intra- und interpsychisch affektregulierend. Neuere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass entsprechende Bindungserfahrungen auch im Kontext betreuter Wohnformen einen positiven Einfluss haben:

> Empirical findings are emerging that suggest that having possibilites to use direct-care staff as a secure base and a save haven to regulate their sense of securitiy is positively related to well-being and behavioural adaption (Schuengel et al., 2010, pp. 40, mit Bezug auf Forschungen von Clegg & Sheard 2002; De Schipper et al, 2006; De Schipper & Schuengel 2008; Schuengel et al 2009).

So zeigten z. B. Schuengel et al. (2009) auf, dass eine bindungsorientierte Therapie von persisitierendem herausforderndem Verhalten - im Vergleich zu einer reinen Verhaltenstherapie - zu besserer Affektregulation und adaptiverem Verhalten in Stresssituationen führte und damit verhaltensmodifizierende Interventionen erst möglich machte. De Schipper und Schuengel

(2010) konnten in einer weiteren Untersuchung mit jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten zeigen, dass erkennbares Bindungsverhalten und verfügbares und responsives Betreuungsverhalten negativ korrelieren mit emotional gefärbtem herausforderndem Verhalten wie Reizbarkeit, Agitiertheit und Rückzug, aber auch mit Stereotypien. Das Bindungsverhalten unterschied sich von einer Betreuungsperson zur andern und trug so unterschiedlich zur Aufklärung des herausfordernden Verhaltens bei. Hier besteht ein Unterschied zu Untersuchungen bei ausserfamiliär betreuten Kindergruppen, in denen Kinder ähnliche Bindungsmuster zu allen stabil Betreuenden zeigten, unabhängig von deren Sensitivität gegenüber jedem einzelnen Kind. Ahnert (2004) schliesst aus entsprechenden eigenen Untersuchungen von Kindergruppen in Tagesstätten, dass ein empathisches Erzieherinnenverhalten, das unter Einbezug der Anforderungen der Gruppe die wichtigsten sozialen Bedürfnisse eines Kindes zeitgerecht erfüllen kann, konstituierend ist für eine sichere Erzieherinnen-Kind-Bindungsbeziehung. Die Bedingungen in der ausserfamiliären Tagesbetreuung von Kindern und in der Betreuung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung unterscheiden sich denn auch in vielen Punkten.

2.4.2.3 *Betreuungspersonal im institutionellen Setting als Bindungspersonen*

Die im Gegensatz zu eher homogenen Kindergruppen sehr unterschiedlichen und vor allem bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen inkohärenten Entwicklungsniveaus und die erhöhte Labilität in Stresssituationen (vgl. Došen, 2008/2010) verändern die Voraussetzungen für die Betreuenden. Darüber hinaus ist eine institutionelle Betreuung für Menschen mit geistiger Behinderung häufig mit erschwerten Ablöseprozessen von den primären Bezugspersonen verbunden, was sich in ausgeprägten Trennungsreaktionen und einem breiten Spektrum an graduell erhöhtem oder abweisendem Bindungsverhalten zeigen kann, das lange persistiert und in Belastungssituationen immer wieder aktiviert werden kann. Abhängig von den je eigenen Bindungsrepräsentationen bestehen unterschiedliche Ablösebereitschaften bei Eltern und erwachsenen Kindern, wie auch unterschiedliche Verhaltensbereitschaften bei Betreuenden (Fischer, 2008). Die Funktion der Gruppe ist aufgrund ihrer Zusammensetzung und ihres institutionellen Kontextes als dauerhafter Wohn- und Lebensraum eine andere als in Kindergruppen und bietet meist wenig Möglichkeiten zur Bildung von Peer-Bindungen. Auch in Anbetracht der oft basalen Bindungsbedürfnisse darf angenommen werden, dass Bindungsverhalten von Betreuten eher dyadisch ausgerichtet ist (unabhängig vom Muster). Auch der Zugang zu anderen Bindungsfiguren, die ‚stronger and wiser' sein müssen, ist für Erwachsene in betreuten Wohnformen meist eingeschränkt, den basalen, unsicheren und/oder unter Stress desorganisierten Bindungsbedürfnissen nicht angepasst oder häufig auch inexistent. In sozialpädagogischen Zusammenhängen ist allerdings Beziehung immer innerhalb eines komplexeren Beziehungfelds angesiedelt, d. h. der Fokus liegt auf unterschiedlichen Dimensionen der Beziehung und - im Unterschied zu dyadi-

schen Therapiesituationen - weniger in der Kompliziertheit der einzelnen Beziehung (Stemmer-Lück, 2004).

Nach Clegg und Landsdall-Welfare sind Menschen mit geistiger Behinderung darauf angewiesen, Bindungsbeziehungen zu Betreuungspersonal aufbauen zu können. Sie entwickeln darin oft Unsicherheit, aufgrund mangelnder Kontinuität in der Betreuung und aufgrund der Konkurrenz um die beschränkt verfügbare Aufmerksamkeit des Personals (1995). Die Möglichkeit, Betreuende als sichere Basis zu nutzen, hängt neben den individuellen Bindungsvoraussetzungen auch von institutionellen Gegebenheiten und den Fähigkeiten der Betreuenden ab. Dazu Schuengel et al. (2010) :

> Extraordinary sensitivity and interest in the client as an individual are required from caregivers to be able to perceive often very subtile cues, connect them to the context and interpret these cues correctly.

Sie führen dazu Forschungen von Dozier et al. (1994), Tyrell et al. (1999) und Zegers et al. (2006) an, die zeigen, dass neben Training, Erfahrung und anderen Faktoren auch sichere Bindungsrepräsentationen und eine entsprechende psychologische Verfügbarkeit von professionell Helfenden zur Qualität der (therapeutischen) Beziehung beitragen. Nach Merten (2003) ist das emotionale Erleben dabei die zentrale Grösse im Verständnis der Selbst- und Beziehungsregulation, das interaktive Involvement (die räumliche und emotionale Nähe) steht damit in Wechselwirkung. Eine Studie von Damen et al. (2008) mit einem Sample von 60 institutionell Betreuenden zeigte eine Verteilung der Bindungsrepräsentationen von 62% sicheren, 20% vermeidenden und 18% verstrickt gebundenen Mustern. Die Studie prüfte ein videogestütztes Schulungsprogramm zur Verbesserung der Interaktionen und konnte eine signifikante Verbesserung der emotionalen Einstimmung und Reaktionen in der Betreuung feststellen, wobei Betreuende mit unsicherer Bindung vermehrt profitierten. Grössere und vergleichende Studien im Kontext der institutionellen Betreuung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung stehen aus. Die Frage der angemessenen Übertragbarkeit bindungstheoretischen Wissens auf diesen Kontext muss gemäss Schuengel et al. (2010) vertieft und auf verschiedenen Ebenen angegangen werden, da Bindungsaspekte im Handlungsfeld generell zu wenig Beachtung fänden.

Eine Studie von Bailey et al. (2006), die Zusammenhänge von Attributionen, emotionalen Reaktionen und Betreuungsleistungen in herausfordernden Situationen (Selbst- und Fremdaggression, Stereotypien) untersuchte, konnte keine gesicherten Zusammenhänge zu Voraussetzungen bei Betreuungspersonal aufzeigen. Auch im vorgenommenen Vergleich mit anderen Studien zur Rolle von Optimismus und dem Willen zu helfen zeigten sich widersprüchliche Ergebnisse. Exploratorisch konnten aber zumindest Zusammenhänge zwischen Zuschreibungen des herausfordernden Verhaltens als intern-stabil und unkontrollierbar, eigenen negativen

Emotionen und negativen Reaktionen im Umgang mit den Betreuten (massive Restriktionen, Nicht-Beachtung, Vermeidung) angenommen werden.

Urban (2005) untersuchte in einer Pilotstudie im Feld der Erwachsenenpsychiatrie betreutes Wohnen als bindungsrelevantes, sozial-therapeutisches Setting unter dem Aspekt einer nachholenden Bindungsentwicklung. Die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner geschah in Anlehnung an Bowlbys Regeln für die Therapie Erwachsener (1988; vgl. Brisch 1999) unter Weglassung der spezifisch therapeutischen, die Deutung aktuellen Bindungsverhaltens in der Therapie betreffenden Punkte. Sowohl in einer Gruppe von psychotisch Erkrankten als auch in einer Borderline-Gruppe konnten erhebliche Fortschritte in der Bindungsfähigkeit festgestellt werden, die auf diese bindungsorientierte Form der Betreuung zurückgeführt werden konnten.

2.5 Handlungsmodelle und spezifische Anforderungen in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung

Urban (2005, in Anlehnung an Brisch, 1999) betont den Stellenwert einer bindungstheoretisch fundierten Begleitung im betreuten Wohnen, die über die Funktion eines sozialen Rahmens und äussere Sicherheit hinaus den grundlegenden Bindungsbedürfnissen psychisch beeinträchtigter Menschen gerecht werden sollte. Dazu notwendig seien die zeitliche, räumliche und emotionale Verfügbarkeit von Betreuungspersonen, die Funktion als verlässliche Basis und die in Kenntnis unterschiedlicher Bindungsmuster flexible Gestaltung von Nähe und Distanz in der Interaktion und Anpassung des Settings, sowie der sorgfältige und bewusste Umgang mit Trennungen.

Grundlegende Bindungsbedürfnisse formuliert auch Mohr (2004) für den Kontext der institutionellen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung als Teil einer von vier übergeordneten Zielkategorien im (heilpädagogischen) Handlungsmodell eines transitiven Empowerments. Nebst Selbstbestimmung (Autonomie), Partizipation und Normalisierung bildet Wohlbefinden eine solche Zielkategorie. Diese beinhaltet Gefühle der Zugehörigkeit, der Sicherheit, ein positives Selbstwert- und Identitätserleben, Achtung und Wertschätzung seitens Anderer, positive Gefühle wie Freude und Hoffnung und (relative) psychische Ausgeglichenheit, bzw. Gesundheit als Ziel eines psychisch-emotionalen Wohlbefindens. Mohr weist darauf hin, dass vor allem schwer und schwerst geistig behinderte Menschen bezüglich psychischer Ausgeglichenheit bereits in der Regulation ihres Erregungsniveaus im Umgang mit der dinglichen und sozialen Welt auf Unterstützung angewiesen sind. Bedürfnisorientierung meine dabei die Ausrichtung darauf, was ein Mensch braucht, um vorhandene Kompetenzen innerhalb der obigen Zielkategorien zu entwickeln.

Institutionell Betreuende agieren immer als sekundäre Bezugspersonen, sei es in der direkten Nachfolge von Eltern oder aufgrund von (häufigen) personellen Wechseln in der Zuständigkeit. Solche und andere Veränderungen der Lebenssituation bringen immer wieder Verunsicherungen für alle Beteiligten mit, die Bindungs- und Sicherheitsbedürfnisse, resp. entsprechendes Verhalten unterschiedlicher Art auslösen. Schleiffer (2001) betont ein bindungstheoretisch fundiertes Verständnis von unangemessenem und auffälligem Verhalten als bindungs- und beziehungsoptimierend als wichtigen Teil einer reflexiven Professionalität im Heimalltag. Die Bereitschaft zu dieser Auseinandersetzung, auch mit negativen Gefühlen in schwierigen Situationen, stelle eine hohe Anforderung dar, bilde aber eine Voraussetzung, um Betreute in einer verbesserten Affektkontrolle und im Umgang mit Gefühlen zu unterstützen. Betreuende sind dabei auf einen institutionellen Kontext angewiesen, der wiederum genügend Sicherheit und Verlässlichkeit dazu bietet, damit sie in zu belastenden Situationen nicht mit Über- oder Deaktivierung ihres Fürsorgesystem reagieren, sondern ihre Funktion als Bindungsfigur angemessen wahrnehmen können und in affektiv aufgeladenen Bindungsbeziehungen entsprechend emotional in die psychische Integrität der Betreuten investieren.

Wie eine solche interpersonale Unterstützung psychischer Prozesse, im Besonderen der Affektregulation, auf bindungstheoretische Grundlagen und entsprechende Entwicklungsaspekte Bezug nehmen kann, ist in den vorangehenden Kapiteln dargestellt worden. Die folgende kurze Rekapitulation bringt diese Aspekte in Zusammenhang mit der Fragestellung des empirischen Teils, um die Vorannahmen der explorativen Untersuchung zu bündeln und die Bezüge für Analyse und Auswertung darzulegen.

2.6 Zusammenfassung der theoretischen Bezüge für den empirischen Teil

Die Bindungstheorie postuliert ein angeborenes Bindungssystem, das komplementär zu einem ebenso auf der Verhaltensebene angesiedelten Explorationssystem aktiviert wird, wenn eine Situation als bedrohlich erlebt wird und/oder die eigenen Ressourcen zur Bewältigung einer Situation nicht ausreichen. Das entsprechende Bindungsverhalten, ein physisches und im Laufe der Entwicklung zunehmend auch psychisches Nähe-Suchen zu einer, später auch mehreren emotional nahestehenden Bindungspersonen, wird durch diese mehr oder weniger feinfühlig beantwortet. Die dabei gemachten Erfahrungen werden in inneren Arbeitsmodellen repräsentiert und organisieren so das Bindungsverhalten in entsprechenden Mustern, die als primäre Verhaltensmuster späteres Beziehungsverhalten prägen, aber durch korrigierende Bindungserfahrungen auch veränderbar sind. Im Kontext dieser primären Bindungsbeziehungen gestalten sich auch die Regulationsprozesse, im Besonderen die Affektregulation, die sowohl als selbstregulativer wie auch als intersubjektiver Prozess verstanden wird und als ‚emotionaler Motor' für die Organisation des Verhaltens zentral ist. Darin ist die Erfahrung einer modulierenden

Affektspiegelung zentral für die Entwicklung mentaler Fähigkeiten, die als affektiv-kognitive Kompetenz verstanden wird, andere und sich selbst als subjektive Wesen mit einer je eigenen Gefühls- und Gedankenwelt zu repräsentieren, interpersonale Vorgänge psychologisch zu erfassen und für die zunehmend eigenständige Selbstregulation einzusetzen (reflective function/interpersonaler Interpretationsmechanismus nach Fonagy, 2005).

Relevant für diese frühen Entwicklungen sind wechselseitige Einflüsse von hirnphysiologischen Prozessen und von - zu einem grossen Teil auch unbewusst ablaufenden - Vorgängen in der intersubjektiven Affektregulation, welche als prägend sowohl für neuronale als auch psychodynamische Aspekte der emotionalen Entwicklung betrachtet wird (vgl. Schore, 2001; 2003/2009). Sichere Bindungen wirken in dieser Entwicklung als Schutzfaktor, die auch schwierige Voraussetzungen kompensieren können, wie sie bei Menschen mit geistiger Behinderung z. B. aufgrund von frühen Regulationsstörungen, besonderen Temperamentseigenschaften und einer verlangsamten und asynchronen Entwicklung gehäuft gegeben sind. Allerdings sind dazu besondere Kompetenzen feinfühliger und reflexiver primärer Bindungspersonen erforderlich, die wiederum durch eigene schwierige Erfahrungen und Anpassungs- und Trauerprozesse im Rahmen der Geburt eines behinderten Kindes eingeschränkt sein können (vgl. Sarimski & Wiebel, 2009). Es besteht für Menschen mit geistiger Behinderung ein erhöhtes Risiko, unsichere und desorganisierte Bindungsmuster zu entwickeln. Entsprechend erhöht ist das Risiko einer psychopathologischen Entwicklung, im Besonderen desorganisierte Bindungsmuster können über das ganze Lebensalter Auswirkungen haben, da die Bewältigung - für Menschen mit geistiger Behinderung häufiger - herausfordernder Situationen nicht auf dem Boden eines verlässlichen Bindungsmusters erfolgen kann. Der Zugang zu Bindungsfiguren und damit auch die adaptive Regulation von Affekten ist durch vermeidendes, ambivalentes oder unklares und oft paradoxes Bindungsverhalten erschwert, was zu chronischer Dysregulation affektiver Erregung führen kann. Die Bindungstheorie kann gemäss Schleiffer auf diese Weise das sogenannte Hilfeparadox erklären: „Diejenigen, die eine Hilfe am nötigsten haben, sind am wenigsten in der Lage, Hilfsangebote anzunehmen und Hilfe zu nutzen" (2001, S. 250). Bindungstheoretisch fundierte therapeutische und pädagogische Interventionen setzen auf die Vermittlung von positiven, individuellen Bindungsbedürfnissen und -fähigkeiten angepassten nachholenden Bindungserfahrungen, die zu entsprechenden Umstrukturierungen innerer Modelle und damit zu adäquateren Mustern der Beziehungsgestaltung in schwierigen Situationen und zu einer verbesserten Selbstregulation beitragen sollen.

In der grundsätzlich meist langzeitlichen institutionellen Betreuung Erwachsener mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung geht es aus bindungstheoretischer Perspektive nebst einer strukturellen Verlässlichkeit um Bindungsangebote, die Sicherheit und dadurch Unterstützung in der aktuellen und weiteren Entwicklung der habituellen Affektregulation bieten. Sie bilden den sicheren Hafen in - für Menschen mit geistiger Behinderung und psychi-

schen Störungen häufigen - subjektiv massiv stressbelasteten und dadurch bindungsrelevanten Situationen und die sichere Basis zur Exploration als Voraussetzung für weitere Entwicklungsschritte.

3 Empirische Untersuchung

Für das hier interessierende Feld der Betreuung erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen zeigen sich im Theorieteil vielversprechende Ansätze, dies besonders auch mit den spezifischen Forschungsresultaten zu Bindung und Stressmodellen, die den vermehrten Einbezug bindungsbezogener Konzepte in die Betreuungsarbeit nahe legen. Gleichzeitig ist im Praxisfeld ein hoher Handlungs- und Entwicklungsbedarf gegeben. Dies legt für eine Studie im Bereich angewandter Psychologie einen qualitativ-explorativen Zugang nahe, der relevante Aspekte des Themas aus Praxissicht und mögliche Transferfelder aufzeigt, resp. Hypothesen dazu ermöglicht (vgl. Mayring, 2008).

3.1 Methodisches Vorgehen

Die Gestaltung von Betreuung im Aspekt interpersonaler Affektregulation ist Thema der Untersuchung. Mittels Recherche und Verarbeitung von Literatur und aktuellen Forschungsresultaten wurde eine besondere Bedeutung von Bindungsbeziehungen in der Begleitung auch von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen dargelegt. Bindung und interpersonale Affektregulation werden für diesen Forschungskontext als ein Aspekt der allgemeinen Bedeutung von Beziehungen in einem Betreuungssetting verstanden, wie sie Mohr formuliert: „Alle Entwicklungsförderung und Lebensbegleitung vollzieht sich auf dem Fundament der Beziehung, auf welche gleichzeitig alle heilpädagogischen Aktivitäten zurückwirken“ (2004, S. 77). Mit dem Fokus auf die potentielle Rolle von Betreuenden als Bindungsfigur wird Unterstützung in der Affektregulation als menschliches Handeln in Abhängigkeit von subjektiven Wissensvorräten und Relevanzstrukturen verstanden (vgl. Huber, 2006). Untersucht wird, wie Betreuende von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen bindungsrelevante Aspekte in ihrer Tätigkeit wahrnehmen und diese - handelnd und reflexiv - in Bezug setzen zu betreuerischen Unterstützungsleistungen in der Regulation affektiver Prozesse.

Das methodische Grundkonzept baut auf einem qualitativen und explorativen Zugang zum Praxisfeld auf. Aussagen von Betreuungspersonen werden einzelfallbezogen erhoben, als empirische Datenbasis im Rahmen einer vergleichenden systematischen Inhaltsanalyse induktiv und regelgeleitet verdichtet, auf die Fragestellung rückbezogen und interpretiert. Dies mit dem Ziel, die subjektiven Erfahrungen und Deutungsprozesse der Untersuchten zu erschliessen und zu rekonstruieren (vgl. Lamnek, 2005).

In der folgenden Untersuchung dient das bei der Autorin (aufgrund eigener langjähriger Tätigkeit in entsprechender Praxis) vorhandene Alltagswissen zum Handlungsfeld und das im ersten Teil dargelegte theoretische Wissen zur Planung der Forschung und als „Reservoir von Konzepten und Aussagen zur Bildung von Interpretationen“ (Deppermann, 1999, S. 88). Es geht in der Rolle der Untersucherin in einem qualitativen Zugang darum, dieses subjektive Wissen für die Gegenstandsangemessenheit der gewählten Methoden, die Orientierung an den Perspektiven der Beteiligten und die eigene reflexive Haltung zu nutzen. Zentral ist weiter die Bereitschaft, auch implizit bestehende Vorannahmen bewusst zu machen und im Forschungsprozess für Neues offen zu sein (vgl. 1999, Mayring 2002).

3.2 Herleitung und Beschreibung des Designs

Aufgrund der theoretisch begründeten Annahme, dass Bindungsverhalten in Situationen der physischen oder psychischen Not aktiviert wird und in Anlehnung an den methodischen Ansatz der Critical-Incident-Technik (Flanagan, 1954) werden affektbesetzte Situationen als kritisch im Sinne von bindungsrelevant für die Beteiligten angenommen, d. h. Bindungsrelevanz wird mittels dieses methodischen Zugangs innerhalb kritischer Situation operationalisiert. Erhoben werden Erfahrungen von Betreuenden mit solchen Situationen. Die Critical-Incident-Technik wurde ursprünglich eingesetzt, um spezifische, relativ klar umrissene Tätigkeiten wie zum Beispiel das Steuern eines Flugzeugs anhand von Verhaltensbeobachtungen während kritischen Ereignissen in ihren spezifischen Aspekten zu erfassen. Sie dient mittlerweile aber in vielen Zusammenhängen dazu, die Erfahrungen von praktisch Tätigen zu nutzen, unter anderem auch für die Erfassung von Kompetenzen in der Bewältigung einer Aufgabe (Flanagan, 1954; Rosenthal, 2008). In Erweiterung des ursprünglichen Critical-Incident-Ansatzes, der auf klar abgrenzbare, verhaltensnahe Tätigkeiten und deren Auswirkungen zielte, sind für die vorliegende Untersuchung auch subjektive Bedeutungs- und Relevanzstrukturen innerhalb der Betreuungsarbeit wichtig. Die Befragung von besonders gut mit dieser Arbeit vertrauten Personen ist ein möglicher Zugang, mit dem nicht nur Komponenten der Tätigkeit selber, sondern auch solche des subjektiven Handelns und der Reflexion erhoben werden können.

Angestrebt werden Aussagen von Betreuenden zu subjektiv kritisch wahrgenommenen Situationen, (re)-aktivem Interventionshandeln und reflexiven Aspekten. Ein Handlungsmodell für den empirischen Teil muss entsprechend ausgerichtet sein. Die (kritische) Situation als Beschreibungseinheit wird auf der Grundlage der Theorie des kommunikativen Handelns (Habermas, 1981) von Legewie (1987; zit. nach Fahrenberg, 2002; S. 276) verstanden als „Ausschnitt aus der Lebenswelt der Beteiligten, der aufgrund von Interessen und Handlungszielen von mindestens einem der Beteiligten zum Thema gemacht wird. Weitere Bestimmungsstücke der sozialen Situation sind der Ort, die Zeit, die sozialen Beziehungen der Beteiligten und die für das Thema relevanten objektiven und subjektiven Rahmenbedingungen.“ Kritische Situa-

tionen können auf diesem Hintergrund als Verständigungsbereich gesehen werden, für die eine gemeinsame Situationsdefinition angestrebt werden muss (ebd.). Die vorliegende Untersuchung ist in diesem Sinn ein erster Schritt zu einer solchen Definition, indem aus den Erfahrungen der Betreuenden Aspekte von kritischen Situationen generiert und mit dem Fokus auf die Bindungsbeziehung zwischen Betreuenden und Betreuten der Teilaspekt der sozialen Beziehung der Beteiligten in Bezug auf die interpersonale Affektregulation näher beleuchtet wird.

Um der Komplexität dieses Handlungsfeldes in der Planung der Untersuchung Rechnung zu tragen wurden bezüglich Praxiszugang, Sampling und Erhebung (Verfahren und Leitfaden) spezifische Überlegungen gemacht, die im Folgenden aufgezeigt werden. Es geht darum, im Sinne einer Triangulation und weiterer Gütekriterien qualitativer Forschung unterschiedliche methodische Perspektiven und inhaltliche Dimensionen in Bezug auf den Gegenstand zu thematisieren (vgl. Flick 2008; Mayring, 2002).

3.3 Prozessgestaltung im untersuchten Praxisfeld

In die Überlegungen zur Bestimmung eines Untersuchungsfeldes wurde einbezogen, dass im Hinblick auf eine gezielte Zusammenstellung der Untersuchungsgruppen nach inhaltlichen Kriterien und eine partnerschaftliche Haltung in der Durchführung grundlegende Kenntnisse des Feldes und ein guter Zugang zur Institution und zum untersuchten Personal notwendig und sinnvoll sind - dies auch in der Absicht, die Betreuenden als Experten für ihre Arbeit ernst zu nehmen und „vom Handeln der Praktiker/innen zu lernen“ (Auckenthaler, 1995, S. 263). Die offizielle Anfrage bei der Leitung einer der Autorin bekannten, grossen und fachlich engagierten Institution ergab eine grundsätzliche Zustimmung zur Untersuchung. Es folgte die nähere Absprache zu Rahmenbedingungen und zur Planung der Forschung unter Berücksichtigung der institutionellen Gegebenheiten mit einer von der Institution betrauten, fachlich kompetenten und gut vernetzten Vertreterin (Bildungsverantwortliche). Als wesentliche Rahmenbedingungen wurden die Freiwilligkeit der Teilnahme, das Mass der zur Verfügung gestellten Arbeitszeit und die Zusicherung der anonymen Behandlung aller Daten, sowie eine spezifische Rückmeldung der Ergebnisse an die Beteiligten in geeigneter Form festgelegt. Weiter wurden die Modalitäten der individuellen telefonischen Anfragen und die notwendigen schriftlichen Informationen abgesprochen.

3.4 Sampling und Untersuchungsgruppen

Auch in der Zusammenstellung und Gruppierung der Stichprobe konnte auf spezifisches Wissen der Institution (psychologische Fachstelle) zu kritischen Betreuungssituationen zurückgegriffen werden. Dies ermöglichte ein Sampling entlang theoretischer Überlegungen

(Vielfalt bei gleichzeitiger punktueller Vergleichbarkeit der Fälle) und eine Vorauswahl möglicher Betreuungspersonen durch eine Selektion entsprechender Betreuungssituationen mit zwei Klienten und einer Klientin mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung als gemeinsame Referenzpersonen. Diese werden nicht in die Untersuchung einbezogen, sondern die Betreuungsarbeit mit ihnen dient zur Veranschaulichung von kritischen Situationen und soll diese bis zu einem gewissen Punkt vergleichbar machen. Dieser Bezug wurde für je drei von neun Einzelinterviews analog angelegt, d. h. die zu schildernde kritische Situation bezog sich auf eine Interaktion mit derselben Klientin, resp. demselben Klienten. So ergaben sich sowohl interindividuelle Vergleichsmöglichkeiten zum Thema Relevanz unterschiedlicher Beziehungen, als auch Vergleichsmöglichkeiten zwischen Gruppen. Zwei dieser Dreiergruppen wurden aus dem Wohnbereich, eine als weitere Vergleichsmöglichkeit und Variation des inhaltlichen Zugangs aus dem Arbeits-, resp. Beschäftigungsbereich gebildet (Vergleich von Teamkultur und Settings).

Zusätzlich wurde eine Auswahl von möglichen Teilnehmenden zusammengestellt, die über langjährige und bewährte Erfahrung auf diesem Arbeitsgebiet verfügen und bei denen die Bereitschaft und Fähigkeit zu einer introspektiven Befragung in einem Gruppenverfahren angenommen werden konnte. Diese Gruppe sollte darum und aufgrund des veränderten Charakters der Datenerhebung zusätzliche Perspektiven in die Auswertung einbringen.

Weiter wurde bezüglich Alter, Erfahrungs- und Ausbildungshintergrund, Geschlecht und Standort des Arbeitsplatzes auf eine möglichst heterogene Auswahl geachtet, um das Feld subjektiver Sichtweisen zu differenzieren und die induktive Kategorienbildung entsprechend breit herzuleiten. Gemeinsames Kriterium war eine Beziehung zu einer Klientin/einem Klienten, die die grundsätzlichen Anforderungen an eine potentielle Bindungsbeziehung erfüllt.

Aus der so entstandenen Auswahl wurde das Sampling von der Untersucherin zusammengestellt. Alle Angefragten erklärten sich zur Teilnahme bereit (Eckdaten, Fallübersicht und Gruppierung, Informations- und Anfragebrief vgl. Anhang A).

3.5 Erhebungsverfahren

3.5.1 Einzelinterviews

Das episodische Interview nach Flick (2008) ist ein Erhebungsverfahren, das gezielt episodische und semantisch-begriffliche Gedächtnisinhalte befragt, um sowohl zu narrativen, wie auch zu beschreibenden und argumentativen Darstellungsformen zu gelangen und so Alltagswissen umfassend abzubilden. Dieses wird von Flick als Weltwissen bezeichnet und setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen: „eindeutig episodische Anteile mit Bezug auf bestimmte Situationen mit ihren konkreten (räumlich-zeitlich etc.) Bestandteilen, eindeutig

semantische Anteile mit von solchen konkreten Situationen abstrahierten Begrifflichkeiten und Zusammenhangsannahmen sowie graduelle Misch- bzw. Übergangsformen mit z. B. von konkreten Situationen gelösten Ereignis- und Ablaufschemata." (Flick, 2008, S. 30). Zentrales Merkmal episodischer Interviews ist die regelmässige Aufforderung, von Situationen zu erzählen, dabei können auch Ketten von Situationen angesprochen werden. Flick bewertet dieses Erhebungsverfahren als gezielte Form einer methodeninternen Triangulation (ebd.). Das episodische Interview verknüpft die Generierung von narrativen Daten mittels Erzählaufforderungen, die an eine (kritische) Situation anknüpfen, mit leitfadengestützten Fragen nach eher beschreibenden und eher argumentativen Inhalten. Es dient als gezielte Verbindung von Zugängen zu episodischen und semantischen Wissensbereichen, der Leitfaden enthält entsprechend formulierte Fragen (e = eher episodisch ausgerichtet, s = eher semantisch ausgerichtet).

Dieses Verfahren wurde für neun halb-strukturierte, rund einstündige leitfadengestützte Einzelinterviews eingesetzt. Der Entscheid dazu fiel nach einem Pre-Test mit einem offenen, rein narrativen Befragungskonzept. Dabei zeigte sich, wie deutlich die Fähigkeit der interviewten Person zur Narration an ihrer langjährigen Erfahrung und an ihrer hohen Reflexionsfähigkeit festgemacht war. Die gemeinsame Auswertung ergab, dass ein zu offener Zugang bei weniger erfahrenen Interviewpartnerinnen zu wenig Aufforderungscharakter hätte und ein zu häufiges Nachfragen nötig würde, was wiederum den Erzählfluss stören und zu Verunsicherung führen könnte. Eine höhere Strukturierung und eine klarere Fokussierung auf die subjektive Wahrnehmung von kritischen Situationen, eigenes (re-)aktives Handeln und (Selbst-)Reflexion ohne den Verlust des narrativen Ansatzes wurde mit dem Ausbau des Leitfadens zu einem episodischen Interview mit entsprechenden Fragen vorgenommen (definitive Fassung des Leitfadens im Anhang B).

3.5.2 Gruppenverfahren

Ergänzend und im Sinne einer Variation der Datenerhebung wurde mit einem Gruppenverfahren eine zusätzliche Perspektive auf den Gegenstand erschlossen. Gemäss Flick (2008) bilden Fokusgruppen, Gruppendiskussionen oder gemeinsames Erzählen aufgrund des Einbezugs einer interaktiven Dimension andere Ebenen der Datenerhebung als das Einzelinterview. Das gewählte Verfahren der dialogischen Introspektion (Burkart et al., 2010) grenzt sich von einer klassischen Fokusgruppe dadurch ab, dass die Teilnehmenden introspektive Beiträge in die Gruppe einbringen, die nicht gegenseitig kommentiert oder diskutiert werden, sondern ausschliesslich als Anregung zur weiteren Entwicklung der eigenen Introspektion dienen. Die Einhaltung von entsprechenden Gruppenregeln soll die Nutzung der Gruppe zur vertiefteren Reflexion von subjektiven Erlebnissen garantieren und gleichzeitig unerwünschte gruppendynamische Prozesse minimieren. Erforschbar ist damit gemäss den Autoren „alles, was im Erleben enthalten ist, alles, was erlebbar ist, was wir mit unserem Denken, Empfinden und Füh-

len begleiten und was als innere Erfahrung vorhanden ist“ (ebd., S. 44). Als Gegenstände der Introspektion kommen unter anderem Erfahrungen in gemeinsam oder einzeln erlebten Situationen, das Erleben des eigenen oder bei anderen beobachteten Handelns oder innere Vorgänge wie Fantasien, Entscheidungs- oder Gefühlsprozesse in Frage. Die Teilnehmenden werden aufgefordert, ihr Erleben, ihre Gedanken, Empfindungen und Gefühle zum Gegenstand introspektiv zu erfassen und für sich schriftlich fest zu halten. Anschliessend verbalisieren sie diese in der Runde, worauf eine zweite Phase der Introspektion folgt, deren Ergebnisse wiederum der Reihe nach berichtet werden (zum genauen Ablauf, Gruppenregeln und einzelnen Schritten des Verfahrens vgl. Burkart et al., 2010, S. 43 - 52).

Die grundsätzlichen Überlegungen bezüglich Zugang zu episodischen und semantischen Wissensinhalten gelten auch für die Fokusgruppe. Hier wurde mit langjährig erfahrenen Betreuungspersonen gearbeitet und deshalb davon ausgegangen, dass ein nur zu Beginn vorgesehener Input genügend Anregung für eine vertiefte Introspektion bietet. Diese wurde durch die dialogische Form der Gruppe zusätzlich angeregt. Um trotz methodischer Variation die Vergleichbarkeit der Daten mit den Ergebnissen aus den Einzelinterviews zu erhalten, wurden als Introspektionsgegenstand analog kritische Situationen im Betreuungsalltag festgelegt und mit einer Grobversion des Leitfadens eingeführt (vgl. Input Introspektion, Anhang C).

3.6 Datengewinnung/Auswertungsverfahren

Die Interviews, wie auch die Erhebung in der Fokusgruppe wurden auf Tonband aufgezeichnet, in normales Schriftdeutsch transkribiert und für die Verarbeitung mittels computergestützter Analyse vorbereitet (Kuckartz, 2010). Um die Interviewsituation möglichst natürlich zu gestalten, wurde weitgehend auf zusätzliche Aufzeichnungen während des Gesprächs verzichtet, die Haltung der Interviewerin war die einer partnerschaftlichen, aktiven Zuhörerin, die mittels episodischer Interviewtechnik zur Generierung narrativ-episodischer und semantisch-begrifflicher Wissensinhalte anregt (Flick, 2008). Für die dialogische Introspektion in der Fokusgruppe bestand die Aufgabe darin, „die Teilnehmenden über die Untersuchung zu informieren, sie bei ihrer Introspektion anzuleiten und für Gruppenbedingungen zu sorgen, die eine reichhaltige und differenzierte Selbstwahrnehmung fördern“ (Burkart et al., 2010, S. 44). Unmittelbar nach den Aufnahmen wurden jeweils Kontextprotokolle erstellt, die Situation, Verlauf und allfällige Besonderheiten des Interviews beschreiben. Diese wurden zusammen mit den Eckdaten der Interviewten in der weiteren Datenverarbeitung und Auswertung als Erklärungshintergrund zugezogen.

Die Auswertung in Form einer induktiven Kategorienbildung erfolgte im Rahmen einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Ziel der Zusammenfassung ist dabei gemäss Mayring die Reduktion und Abstraktion des Materials auf ein überschaubares Abbild des Grundmaterials. Die Richtung der Analyse wird bestimmt durch die Fragestellung nach

den Erfahrungen Betreuender mit kritischen Situationen in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung. (Diese werden im Folgenden abwechselnd als Klientinnen/Klienten, resp. Klientel bezeichnet und als Referenzpersonen in zitierten Textstellen durchgängig mit XY anonymisiert). Es soll möglich werden, „Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Kommunikatoren zu machen“ (Mayring, 2003, S. 52). Kategorisiert werden subjektive Erfahrungen und Deutungsprozesse von institutionell Betreuenden von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung in Bezug auf kritische Situationen, die theoriegeleitet als bindungsrelevant und damit relevant für die interpersonale Affektregulation angenommen werden. Da die Untersuchung diesen Aspekt fokussiert, erfolgt keine weitere Darstellung der einzelnen Referenzklienten, resp. ihrer Beeinträchtigungen.

Es ergeben sich folgende forschungsleitenden Fragen für die Materialauswertung:

- Was wird von Betreuenden als kritische Situation wahrgenommen und wie werden solche beschrieben?
- Wie werden betreuerische Interventionen in solchen Situationen oder auf diese bezogen beschrieben?
- Wie interpretieren Betreuende Verhalten und Handeln der Beteiligten, wie reflektieren sie zur Interaktion und zu dahinterstehenden psychischen Vorgängen?

Die Hauptebenen des Interview-Leitfadens (Wahrnehmung, Interventionshandeln und Reflexion von Betreuenden bezogen auf kritische Betreuungssituationen) bildeten entsprechend die Selektionskriterien für die Bestimmung der Textauswahl zur Codierung. Entlang dieser Dimensionen des Untersuchungsgegenstandes ‚krtitische Situation’ erfolgte die induktive Herleitung der Kategorien aus dem Material. Diese wurden in mehreren Materialdurchgängen über alle vier Gruppen hinweg in gleicher Weise mittels Paraphrasierung und regelgeleiteter Zusammenfassung nach Mayring (2008) vorgenommen. Die gebildeten Paraphrasen wurden zuerst innerhalb der Untersuchungsgruppen A - C bezogen auf den je gleichen Referenzfall verglichen und zusammengefasst. In einem nächsten Schritt wurde das Material durch eine zweite Reduktion auf Gruppenebene zusammengefasst, die analog erfassten Daten der Fokusgruppe (D1 - D5) hinzugezogen, verglichen und kategorial zusammengefasst.

Neben den Kategorien auf den drei obigen Dimensionen der „kritischen Situation“ ergab sich aus den Interviews eine vierte Dimension, die allgemeine Aspekte, resp. die Einbettung der Betreuungstätigkeit in den institutionellen Kontext betrifft. Die entsprechenden Aussagen wurden ebenfalls paraphrasiert, summarisch zusammengefasst und kategorisiert.

3.6.1 Exemplarische Darstellung der Auswertung/induktive Kategorienbildung

Im folgenden Interviewausschnitt ist die Textstelle fett markiert, die in einem ersten Durchgang der Dimension Interventionshandeln zugeordnet und paraphrasiert wurde und in einem weiteren Schritt eine der Codierungen für die Kategorie Interventionsziele bildete.

> *I.: Und wenn Sie vom von Ihnen Erlebten ausgehen? 00:25:49-0*
>
> *C3: ... Habe ich das Gefühl, /eh/ ja, das ist eine heisse Frage, da ist immer wieder unsere Macht, heisse Frage, /eh/,* ***ich versuche mein Möglichstes, dass es ihm wieder gut geht, dass er aber auch checkt, was im Rahmen möglich ist und was nicht, oder, das heisst Zuschlagen geht nicht und mich dünkt es, es geht ihm nachher dann jeweils nicht so schlecht****. das heisst, wenn wir vorher von Sympathien gesprochen haben, ich habe das Gefühl, er mag mich gut /eh/ ist mein Gefühl /eh/ er kommt auch öfters auf mich zu, wenn irgendetwas ist und von daher ist das für mich auch eine Bestätigung, wenn etwas nicht gut ist, dann (schlägt mit dem Glas auf den Tisch) zeigt er mir mit dem Glas, oder, das macht er ab und zu oder sonst eben (hält Hand an Nacken), mich so Halten-Kommen, diese Frühwarnzeichen. Und eben, wie gesagt, wenn ich mit jemandem Zähneputzen geh, dann lobe ich ihn natürlich: „Ah, Dankeschön, du hast alles bereitgemach" und sage auch zu dieser Bewohnerin, „Schau mal, der XY ist ein Gentleman, der hat da bei allem geholfen und so" und dann, gibt es ein Smile bis hier hoch (zeigt auf Backenknochen. Und das ist, ja, bei ihm recht ausgeprägt, also, er sucht das, diese Bestätigung. 00:28:35-9.*

Die Paraphrasierung der fett markierten Beispielstelle lautet wie folgt:

Wohlbefinden Klient wieder herstellen/unterstützen, Regelverletzungen aufzeigen.

- Dimension: Interventionshandeln (Handlungsebene)
- Codierung/Kategorie: Interventionsziel
- Subkategorien: Stabilisierung/Normalisierung von Verhalten

Die gesamte Textstelle war auch für weitere Dimensionen von kritischen Situationen von Belang und ergab mehrfache Codierungen auf den Ebenen der Wahrnehmung, des Interventionshandelns und der Reflexion, wie die weiteren aus dieser Textstelle gebildeten Paraphrasen und Kategorien zeigen:

- Bin für Klient Ansprechperson, kommt bei Problemen auf mich zu. (Reflexionsebene/Funktion der Beziehung)
- Kommt auf mich zu, sucht Nähe, kommt mich am Nacken-Halten, gibt Zeichen mit Glas auf Tisch-Schlagen. (Wahrnehmungsebene/Anzeichen für kritische Situation).
- Bestätigung geben, positives Verhalten loben, Rolle in der Gruppe stärken. (Handlungsebene/Interventionsinhalt)

Im Anhang D ist das weitere Verfahren der Textauswertung für die Kategorie Interventionsziele exemplarisch aufgezeigt. Die induktive Kategorienbildung und Verfeinerung erfolgte in mehreren Textdurchgängen, diese sind nur für eine Untersuchungsgruppe (Referenzfall C) dargestellt. Für die anderen Gruppen wurde analog vorgegangen und die jeweiligen Zusammenfassungen für die endgültige Kategorienbildung verwendet.

4 Ergebnisse

Das Kategoriensystem repräsentiert rund 150 Seiten Gesamtmaterial, das regelgeleitet abstrahiert und reduziert wurde. Es stellt die wesentlichen Aspekte dar, die von Betreuenden im Zusammenhang mit kritischen und damit auch bindungsrelevanten Situationen genannt wurden. Die mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse induktiv gebildeten Kategorien werden im Folgenden geordnet nach vier Dimensionen deskriptiv dargestellt, mit Textstellen illustriert, erläutert und punktuell mit Ergebnissen aus den Vergleichen ergänzt. Dieser deskriptiven Beantwortung der Forschungsfragen folgt eine Interpretation des Kategoriensystems. Diese zeigt für die Fragestellung der Forschung relevante Zusammenhänge und vertiefende Vergleiche auf. Die Beantwortung der Fragestellung im Hinblick auf die Formulierung von Hypothesen gemäss Forschungsziel ist Teil der Diskussion.

4.1 Kritische Situationen in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung

Die aus dem Material in einem induktiv-deduktiven Prozess gebildeten Haupt- und Subkategorien sind nicht als klar abgegrenzte Bereiche zu verstehen, sondern als Dimensionen, resp. Aspekte eines Gesamtsystems, das komplex zusammenwirkt (das Kategoriensystem im Gesamtüberblick ist im Anhang F dargestellt). Die hier folgende ausführliche Illustrierung mittels Original-Textstellen ermöglicht den Einblick in den narrativen Gehalt, der hinter den Kategorien steckt. Sie illustrieren jeweils mindestens einen möglichen Zusammenhang zu den jeweiligen Subkategorien.

4.1.1 Erste Dimension: Wahrnehmung kritischer Situationen

Die Kategorien beantworten die forschungsleitende Frage nach der kritischen Situation auf der Dimension der Wahrnehmung: Was macht Situationen in der Einschätzung von Betreuenden zu kritischen Situationen und wie werden solche beschrieben?

Hauptkategorie: Situatives Verhalten KlientIn Aussagen zu Klientenverhalten, das Situationen kritisch macht	
Subkategorien	eingeschränkte Zugänglichkeit und Reaktivität, Kontaktabbruch
	Kontrollverlust in Verhaltensregulation, Ausbrüche
	Gewaltanwendung gegen sich und/oder andere

Als kritisch bezeichnet werden vornehmlich Situationen, die mit verbaler und/oder physischer Gewalt in mehr oder weniger massivem Ausmass zu tun haben, es zeigen sich aber unterschiedliche Aspekte solcher Situationen. So werden längere Zeitperioden erwähnt, die als kritische Phasen der Klienten empfunden werden, in denen solches Verhalten auftritt:

Das sind oft Tage, an denen sie, ich sage dem mal so, gefangen ist in ihren Fragen, immer und immer wieder die gleichen Fragen.

Vor Jahren hat er sehr oft heulende Zeiten gehabt, wo er wie geheult hat. Einfach durchgeheult. Das hat er eigentlich seit zwei Jahren nicht mehr. Das kennt man nicht mehr. Nur das Andere, wo er sich etwa so (zeigt auf Auge) oder eben den Kopf anschlägt, das kommt immer wieder, mehr oder weniger.

Immer wieder dann, wenn er extrem den Drang verspürt, seine Autoaggressivität auszuleben. Also, es gibt immer wieder Phasen, in denen er, /eh/ überhaupt keinen Drang verspürt und dann gibt es wieder Tage, an denen es einfach wieder so ein wenig ausbricht und dann gibt es halt einfach Situationen, in denen er es wirklich extrem sucht und dann hat er ziemlich Kraft.

Ein weiterer Aspekt beschreibt Verhalten, das von Klientinnen nicht mehr reguliert werden kann und sich in sogenannten Ausbrüchen manifestiert:

Und dann hat sie sich ganz schnell in etwas reingesteigert und hat begonnen, mich anzulärmen, und dann ging es los. Dann musste sie Türen schlagen, spucken, wir konnten wirklich nicht mehr auf einer ruhigen Basis miteinander sprechen.

Wenn so Suiziddrohungen kommen oder eben so Davonlaufen und solche Dinge, das ist für mich am Schwierigsten. Ja, und wenn sie in solche Zustände gerät, in denen sie sich nicht mehr kontrollieren kann.

Bei Anwendung von Gewalt bestimmen unterschiedliche Faktoren die Einschätzung der Situationen als kritisch (Intensität und Unmittelbarkeit, Selbst- und/oder Fremdaggression, Betroffenheit des Umfelds):

Weil das ist wirklich schlimm, wie Kickboxen. Das ist enorm. Wenn er schlägt, richtig, das ist Wahnsinn.

Heikel ist die Situation, wenn er, er hat ja eine Autoaggression, wo er (...), jetzt im Moment ist er auch ein bisschen drin. Wir nehmen ihn aus dem Rollstuhl, setzen ihn an den Tisch, ziehen ihm wohl den Helm an, aber wenn er gegessen hat, unvermittelt kann das wupps an die Tischkante, ganz gezielt.

Ja, also es gibt immer wieder kritische Situationen, in denen sie jemanden schlägt. Da finde ich einfach, da muss man den Schutz der andern gewährleisten, ob das nun in der Wohngruppe ist, oder eben, wenn sie jetzt auswärts ist und das, und das komplett Unvermittelte, woa, so schnell geht das, so schnell ist man /eh/ in der Situation, oder, „jetzt musst Du schauen".

Die folgende Einschätzung aus der Fokusgruppe beschreibt die Vielfalt kritischer Situationen, wie sie sich auch in unterschiedlichen Schilderungen und Schwerpunkten auf der Ebene Referenzklienten zeigt:

Also man kennt zwar Ausbrüche von den Leuten, aber sie sind nie gleich. Man kann vielleicht sagen, jetzt passiert es dann, aber ob es dann und wie denn und wie lange und wie fest oder eben nicht, das ist nie dasselbe.

Das Zitat verdeutlicht, wie unterschiedlich sich die als Subkategorien gefassten Aspekte in einem jeweiligen Verhalten ausprägen können, gleichzeitig verweist es auf die Wahrnehmung von Anzeichen, welche die nächste Kategorie darstellt.

Hauptkategorie: Anzeichen Aussagen zu Anzeichen in der Entstehung kritischer Situation auf Seiten KlientIn	
Subkate-gorien	Belastung im Vorfeld spürbar; Anzeichen im verbalen und/oder körperlichen Ausdruck
	verändertes Verhalten, Nähe-Distanz-Regulation, Kontaktverhalten
	keine Anzeichen

Die folgenden Textstellen illustrieren die obigen Subkategorien, die mehr oder weniger unmittelbare, aber auf die krisenhafte Situationsentwicklung bezogene Anzeichen repräsentieren:

> *Das Gespürte ist eigentlich schon auch Interesselosigkeit, er wählt nicht mehr mit dem gleichen Elan Kleider aus, es ist die Körperhaltung, bei ihm ist das ein sehr wichtiger Ausdruck, den Kopf so unten und halt schlaff. Ja, es sind so diese Merkmale und keine Freude am Essen, es ist dann egal, was man ihm gibt.*

> *Man sieht es XY eigentlich sofort an im Gesicht, dass es kritisch, dass es jetzt da ist. Also der Gesichtsausdruck von ihm verändert sich schlagartig. Der wird ganz dunkel, so richtig, die Augen, vor allem die Augen, das ist wirklich ganz extrem.*

> *Und manchmal auch optisch, habe ich das Gefühl, man sieht es ihr an. Also so ihr Gesichtsausdruck, der jegliche Freundlichkeit verloren hat, wirklich, am Morgen mit einem Lätsch zu erscheinen. Sie ähm, legt weniger Wert darauf, wie sie gekämmt oder angezogen ist, also einfach so ein bisschen eine chaotische Situation, die schon rein vom Äusseren her sichtbar ist.*

> *Wenn ich merke, so die Zeichen einer zunehmenden Aggressivität, also verbal beginnt das.*

> *Dann eben sieht man Frühwarnzeichen, (schlägt auf den Tisch) wenn er so macht oder eben, einfach laut wird oder auch /eh/ auch zu nahe kommt, merke ich so. Er kommt dann vermehrt auch Sicherheit-Suchen, habe ich das Gefühl, bei Leuten, die er mag.*

Im Setting Wohnen zeigen sich auch Einschätzungen von kritischen Situationen als völlig unvermittelt:

> *Ja, das kann man wie nicht so sagen, weil das kann schon jede Minute passieren, das heisst, (...) auch kein Grund.*

> *Es gibt eigentlich nie irgendwelche Anzeichen, es kann auch am Esstisch sein, schön essen und dann halt einfach plötzlich sieht er wieder die Tischkante, oder.*

Die in verschiedenen Situationen unterschiedlichen Wahrnehmungen und Einschätzungen von Anzeichen sind beeinflusst durch interaktionelle Prozesse, wie sie in der Beschreibung kritischer Situationen vielfach vorkamen. Sie wurden mit den folgenden Subkategorien zusammengefasst:

Hauptkategorie: Interaktionelle Einflüsse Aussagen zu interaktionellen Faktoren zwischen KlientIn und Betreuenden, die Entstehung/Verlauf einer kritischen Situation direkt beeinflussen	
Subka-tego-rien	Personell • Stress, Druck, Situationskompetenz der Betreuenden, Reaktionsmöglichkeit • Befinden, Angst vor Kontrollverlust

	Beziehung • Mass der Vertrautheit in Beziehung, Stand des Beziehungsaufbaus bei Personalwechsel • Anerkennung der Betreuenden als Autorität durch Klientel
	Klientel • Dichte, Komplexität und Gleichzeitigkeit von Interaktionen • Übersichtlichkeit und Klarheit für Klientel

Einige Faktoren, die Betreuende in der Interaktion beeinflussen, zeigt folgende Textstelle auf:

> *Wenn ich an kritische Situationen denke, dann fällt mir vor allem ein: Stress, Zeitdruck, Befindlichkeit von mir oder mitarbeitenden Betreuenden. Und oft, wenn es Mitarbeiterwechsel gibt, neue Mitarbeiter, weil das braucht eine Zeit, bis man die Leute kennt, bis man die Beziehung aufgebaut hat und dann auch wirklich, ja, zusammen arbeiten kann. Und dann, ja, wirklich manchmal auch fehlende Erfahrung von Mitarbeitenden oder auch Ausbildungen. Gibt es, erlebe ich auch, führt auch zu kritischen Situationen.*

Zeitliche Anforderungen und situativer Druck beeinflussen Betreuungsverhalten und das Selbsterleben:

> *Und als ich dann aber kam, war das absolut noch keine ruhigere Situation. Und da schlussendlich, es wurde ja langsam aber sicher immer später am Abend, ja, kam es wirklich so weit, dass wir uns wahrscheinlich gegenseitig noch so ein bisschen raufgeschaukelt haben.*

> *Ich würde sagen, mein Einfluss ist relativ gross, wenn ich rechtzeitig eingreifen kann und wenn das schon dermassen oben ist, also dann gibt es wie keine Handhabe mehr, dann ist, dann fliegen dann die Fetzen, da kann ich einfach, da kann ich einfach dann wirklich schauen, dass niemand sich, dass (lacht) niemand unter die Räder kommt. Ja, ich würde es so sagen. Mein Einfluss ist gross, wenn ich es rechtzeitig stoppen kann.*

> *Ich möchte noch etwas sagen dazu, was denn Situationen zu kritischen Situationen macht. Also für mich, wenn alles zu entgleiten droht, wenn ich keine Kontrolle mehr oder die Angst habe, es könnte mir entgleiten im Zusammenhang mit halt heftigsten Ausbrüchen von Bewohnern oder eben halt Suizidgefährdung oder so.*

Der direkte Einfluss von Beziehungen zeigt sich in qualitativer Hinsicht, aber auch, wenn es um die Interaktionsdichte und Komplexität geht, die Klientinnen und Klienten zu bewältigen haben:

> *Ist sie hässig mit der Betreuerin oder auch mit sich selber, dann komme ich plötzlich in den Raum und sie kehrt sofort. Sie ist nicht mehr hässig, sondern zeigt gerade die andere Seite: "Ah, hallo, sali, bist du auch da, wie gehts?" Plötzlich ist da eine andere Seite.*

> *Ist klar, es gibt die Situation, wenn junge Menschen, oder, unsere Lehrlinge oder Praktikantinnen und so, das sind für sie kleine Mädchen so, das ist immer, sie denkt, sie könne tun, was sie will, für sie sind diese jungen Menschen immer die Babys. Das ist so.*

> *Also beim Transfer. Jetzt haben wir das ziemlich gut strukturiert. Jetzt ist jemand klar für ihn zuständig und jeder weiss, was es zu tun gibt. Aber am Anfang, als er gekommen ist, hatte ich das Gefühl, es haben sich ein paar so ein bisschen reingemischt, etwas grob gesagt, jeder hat versucht, noch irgend etwas zu sagen, wenn er nicht aussteigen wollte und das ist für ihn schon zu viel.*

> *Bei ihr ist es zum Teil ganz wichtig, die gleichen Formulierungen zu haben. Und wenn das nur ganz minim umformuliert wird, dann kann sie das schon wieder aus der Bahn werfen. Oder es sagt jemand sogar eine ganz andere Antwort.*

Vertieft erfasst werden Aspekte von Beziehung auf der Dimension Reflexion kritischer Situationen (vgl. unten). Eine weitere, im Folgenden separat erfasste Ebene der Interaktion bildet der Gruppenkontext.

Hauptkategorie: Gruppenkontext Aussagen, die kritische Situationen im Kontext der Gruppendynamik beschreiben	
Subkategorien	Beeinträchtigung der ganzen Gruppe
	Verschlimmerung der Situation durch negative Reaktionen in der Gruppe aufgrund Belastung/Bedrohung
	Gruppensetting als anspruchsvoller Rahmen, erhöhter Betreuungsbedarf und Zielkonflikte für Betreuende

Die Beeinträchtigung und vor allem Gefährdung von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern wird als zentraler Aspekt von kritischen Situationen bezüglich Gruppenkontext wahrgenommen:

> *Das Problem ist halt einfach, dass die anderen Bewohner extrem Mühe haben damit, oder, dass sie damit nicht umgehen können.*

> *Jetzt im Zusammenhang mit einem andern Bewohner, der gegenüber den andern Bewohnern sagen wir mal Gewalt anwendet, sie schlägt. Das finde ich kritisch. Ja*

> *Es kann sein, dass sie sich so verliert, dass es nebst unserer Wohngruppe je nachdem auch die obere Wohngruppe beeinflussen kann, weil sie so laut wird. Und das ging damals in die Nacht, also, die andern schliefen, (lachend) also hätten gerne geschlafen.*

Eine Verschlimmerung der Situation durch Reaktionen in der Gruppe wird in einem Referenzfall mehrfach erwähnt:

> *Aber dass es wie aus der Gruppe rauskam, weil es hat einen anderen Bewohner, der relativ stark auf dieses Verhalten reagieren könnte, indem er selber anfängt, Sachen rumzuschmeissen und zu chaoten, kann man sagen.*

> *Und wenn das nachher so grossen Einfluss nimmt auf das ganze Gruppengeschehen. Also, dass die andern Bewohner sich dermassen aufregen, dass sie finden, ‚hör auf, geh auf dein Zimmer' und was weiss ich was.*

Auswirkungen des Gruppensettings, notwendige Anpassungsleistungen von Klienten, resp. die sich daraus in kritischen Situationen ergebenden Anforderungen und Zielkonflikte in der Betreuung werden nicht durchgängig, aber quer durch die Untersuchungsgruppen im Wohn- und im Arbeitsbereich beschrieben:

> *Leute, die aus der heilpädagogischen Schule kommen, die einen besseren Schlüssel haben als wir, die haben Power oder, die forden im Sinne von (...), das ist schwierig für die, sich dann einzufügen in eine Fünfergruppe oder und zu merken, ich bin jetzt in einer Fünfergruppe und ich bin nicht alleine, oder.*

> *Wenn eine solche Situation ist, dann ist immer, wir müssen ja auch die andern Bewohner noch begleiten. Die sind ja auch werte Bewohnerinnen oder Bewohner und wir sind auch da für sie. Wir müssen die andern dann auch beruhigen, das ist so der kritische Moment.*

> *Du musst ja immer schauen, dass nicht, dass es nicht nur jemandem gut geht, sondern dass alle weiterhin ihre Selbständigkeit trotzdem weiter ausüben können.*

In der Fokusgruppe wurde die Gruppe auch im Zusammenhang mit positiven Entwicklungen als Teil des Systems mitgedacht:

> *Dass es Fortschritte gibt, also gerade jetzt auch von dieser Person, (...) so kleine Schritte. Also das ist erfreulich für sie und auch für das Team. Und auch für die ganze Wohngruppe, weil das hat Auswirkungen auf die Wohngruppe.*

Hauptkategorie: Situative Kontextbedingungen Aussagen zu Umständen, die potentiell kritisch oder unmittelbar auslösend einwirken	
Subkategorien	Veränderungen • in der Medikation • im Tagesablauf/in der Wochenstruktur • in der personellen Kontinuität der Betreuung • offene Entscheidungen, Informiertheit zu Veränderungen
	zu hohe situative Anforderungen • (räumliche) Enge, Reizeindrücke • Leistungserwartungen, Erwartungen an Verhalten • Transfersituationen, besondere Ereignisse

Die Auswirkung von Medikationsänderungen, verstanden als veränderte Bedingung für eine Situation fand vor allem in der Fokusgruppe mehrfach Erwähnung:

> *Ich habe ganz oft in diesen Jahren erlebt, dass man an Medi rumschraubt, so sage ich jetzt, wo man das nicht hätte tun sollen, wo Leuten die Medi abgestellt wurden und man nicht gemerkt hat, dass es von dem ist*

Die folgenden Textstellen illustrieren den Einfluss von weiteren Veränderungen, die unmittelbar oder als latente Unsicherheitsfaktoren einwirken:

> *Kritisch kann für jemanden schon etwas sein, das im Tagesablauf schräg steht. Das kann für einen Bewohner schon kritisch sein.*

> *Sie ging in ein Atelier. Atelier Singen, wo sie bisher noch nie war. Das war für sie oder könnte für sie schon mal (lachend) ein bisschen aufregend gewesen sein.*

> *Von den Bewohnern, vordergründig haben sie jeweils schon Freude, es kommt wieder jemand, aber sie sind sehr unsicher geworden. Wenn ich dann arbeite und vielleicht noch jemand Neuer und noch jemand Ausgelehnter, da muss ich eigentlich den Überblick über alle behalten. Aber wir sind eine sehr laute und aggressive Gruppe, oder. Ja, und immer dieses von-vorne-Beginnen, oder, mit Einarbeiten und so, das ist auch für die Bewohner, also sehr negativ, oder. Da arbeitet man jemanden ein und dann geht er wieder und dann kommt er wieder mal.*

> *Es könnte sein, dass sie in so einer Wut ist, z. B. an der Tagesbesprechung, die wir machen am Morgen, wo klar wird, wer macht was mit wem.*

Situationen haben Überforderungscharakter bezüglich Reizumgang, im Zusammenhang mit Aufgaben und Erwartungen an das Verhalten und bei Ortswechseln/Wechseln des Umfelds:

> *Wenn man den Überblick im Raum nicht hat, wie man ihm begegnet, also, wenn er in einem Raum ist, und es kommt jemand voll von vorne auf ihn zu, und er hat nur die Wand und er hat keine Fluchtgefahr, äh, keinen Fluchtweg mehr, dann wird es ganz schwierig.*

> *Aber es kann ihm auch zuviel werden, zuviel Rummel. Zuviele Eindrücke oder zuviele Reize. Handkehrum geht das wieder gut, je nach der Tagessituation.*

Sicher ist wenn, /eh/, wenn ein "Gnusch" ist von zu vielen, von zu vielen Leuten, zu viele Leute, die reden miteinander, wenn Unruhe ist und man von XY noch irgendetwas will.

Ja doch, etwas kann ich noch (sagen), ich habe das Gefühl, es ist immer dann, wenn wir ihm so ein wenig mehr Freiheiten lassen. dann hat man das Gefühl, ah, jetzt ist er so viele Tage, ist er nicht so fest in dieses Verhalten hinein gefallen, jetzt nehmen wir ihn ein wenig mehr aus dem Rollstuhl und so und dann habe ich das Gefühl, wenn man ihm zuviel so gegeben hat, dann fängt es ganz schlimm wieder an mit dem sich-selber-weh-Machen.

Wenn man mit ihr an die Öffentlichkeit geht. Das ist da, ja. Nicht mehr so schlimm jetzt, wie es früher war, aber da habe ich Situationen im Kopf, die wirklich, wirklich kritisch waren.

Sie geht im Monat einmal zu den Verwandten zu Besuch. Wenn sie retour kommt, einfach so, sie schimpft und spuckt und alles ist (...) Das wissen wir schon, wenn sie unten ist, alles kommt zu uns nachher.

4.1.2 Zweite Dimension: Interventionshandeln in kritischen Situationen

Die folgenden Kategorien veranschaulichen Aspekte des Interventionshandelns in kritischen Situationen. Wie werden betreuerische Interventionen in solchen Situationen oder auf diese bezogen beschrieben?

Hauptkategorie: Interventionsziele Aussagen zu Zielen der unmittelbaren Interventionen und der Betreuung im Kontext kritischer Situationen	
Subkategorien	Stabilisierung • Teilhabe an möglichst "normalisiertem" Alltag ausserhalb Psychiatrie • Vermittlung eines klaren Rahmens auf wertschätzender, sicherer Beziehungsbasis • Beruhigung, gewaltfreie Bewältigung von kritischen Situationen
	Entwicklungsorientierung • Normalisierung von Verhalten • Übernahme von Verantwortung für eigenes Verhalten • Entwicklung eigener Strategien im Umgang mit kritischen Situationen
	Schutz des Umfelds • Risikominimierung und Lebensqualität für Umfeld • Aufrechterhaltung des Gruppenalltags • angstfreie Atmosphäre

Auf einer Metaebene gewichten die Teilnehmenden der Fokusgruppe nebst der Teilhabe an einem normalisierten Lebensraum vor allem die Individualität der Klienten und die notwendige Anpassung von Zielen. Die folgenden Textbeispiele illustrieren die Bandbreite von personenbezogenen Interventionszielen, die auf Stabilisierung und Entwicklung setzen:

Da kann ich mich auch noch damit identifizieren, wenn man ganz rigide Massnahmen umsetzen muss mit Fixation oder auch mit starken Medikationen, oder. Weil ich denke immer, umso mehr die Person halt Einschränkungen braucht, wenn das den Rahmen ermöglicht, dass dieser Mensch noch in einer Wohngruppe sein kann und nicht dauernd psychiatrisiert werden muss, dann, dann macht das Sinn für mich, oder. Auch wenn er seine Freiheiten eingeschränkt hat, kann er trotzdem noch in einem, sage ich jetzt mal, einem dem Normalisierungsprinzip entsprechenden Alltag teilnehmen.

Er weiss, wenn ich da bin, dann fühlt er sich sicher, er wird auch ernst genommen. Weil wie gesagt, ich sage ihm auch, was gut ist und was nicht gut ist.

Was mir aber am Herzen liegt im Laufe der Jahre, ist mir auch wichtig, ein liebevoller Umgang. Also nicht übertrieben, ich muss jetzt nicht eine tiefe Beziehung zu einem Bewohner haben, überhaupt nicht, aber einfach einen liebevollen Umgang pflegen - zum Wertschätzenden hinzu.

Also ein Ziel von der ganzen Begleitung ist, dass man wie auch mehr Möglichkeiten hätte, dass es andere Sachen gibt, die man XY auch anbieten könnte. Im Wissen, dass es ihr hilft, sich wieder beruhigen zu können.

Und ich versuche immer, das möglich zu machen, dass er sich äussern kann, was ihm jetzt gerade fehlt. Ich möchte eigentlich, dass es ihm gut geht und dass ich ihn verstehe in seiner Wahrnehmung.

Wir probieren natürlich auch, mit ihr zusammen Muster zu durchbrechen, einfach das, was immer gleich abläuft.

Auch umfeldbezogene Ziele gehören zu den oft genannten Themen:

Das Ziel ist, dass, /eh/, Mitarbeitende keine Angst mehr haben müssen. Also auch Sicherheit haben, dass sie nicht geschlagen werden. Und dass XY nicht mehr schlagen muss. Weil ihm geht es ja im Nachhinein immer sehr schlecht. Und dass wir diese Situationen bewältigen können zur Zufriedenheit von ihm und von den Mitarbeitenden.

Also dass ich wie ihn auch schützen konnte z. B., und die anderen Bewohner nicht noch lange dem Lärm und Krach ausgesetzt habe. Das war für mich glaube ich, wirklich das Hilfreichste.

Im Weiteren werden die unmittelbaren Ziele natürlich auch durch Art und Umstände der kritischen Situation beeinflusst (vgl. dazu Kategorie Interventionsbedingungen). Inhaltlich zeigen die beschriebenen Interventionen ein breites Handlungsrepertoire auf:

Hauptkategorie: Interventionsinhalte Aussagen zu Interventionen direkt in oder bezogen auf kritische Situation (Prävention, Krisenintervention, Nachbereitung)	
Subkategorien	Unterstützung • Beachtung von Schutzbedürfnissen und Zutrauen in Fähigkeiten/eigene Lösungen • geduldiges und verlässliches Beziehungsangebot • situative Einzelbegleitung, enge Führung, Übernahme von Verantwortung
	Regulation • autoritäres oder spielerisches Unterbinden des Verhaltens • Time-out unter Aufrechterhaltung des Beziehungsangebotes • Aufnehmen und Spiegeln des Befindens • Aufbau von Mitteln zur Selbstregulation • Notfallmedikation
	Strukturierung • Alltagsstrukturierung • klare Information zu Regeln und Umgang mit Grenzverletzungen • möglichst individuell angepasste und flexible strukturelle Massnahmen • Optimierung situativer Faktoren

Interventionen mit *primär unterstützendem Charakter* zeigen sich als Teil einer Betreuungsgestaltung, die klienteneigene Ressourcen für die Situationsbewältigung individuell einbezieht, mehr oder weniger intensiv durch die Beziehung stützt und wenn nötig stellvertretend Verantwortung übernimmt.

Eine Zeit lang ist sie einfach ausgerastet und das konnte so weit gehen, dass sie mit Suizid drohte und Fortlaufen. Und da hat sie selber Lösungen gebracht oder wir manchmal vielleicht auch so Inputs gegeben, aber das ist interessant, sie weiss, was ihr eigentlich in solchen Momenten gut tut. Und wir unterstützen sie dann auch in solchen Momenten, auch so „Was könntest du jetzt tun?" Es geht häufig auch so darum, also die Energie in Bewegung umzusetzen, irgendetwas, /eh/ , ja, laufen, tanzen, irgend so etwas.

Ich bleibe ganz nahe bei ihm, schaue zuerst, ob die Türe überhaupt frei ist oder ob gerade drei andere raus wollen und dann bleibe ich ganz nahe bei ihm und meistens habe ich eine Hand auf seiner Schulter oder so, damit er mich spürt und dann geht er natürlich gleich nach draussen, oder

Dann habe ich für sie entschieden, dass jetzt wirklich der Moment ist, zum Feierabend machen. Und halt einfach mal das Pyjama anzuziehen und dass ich dann nachher noch mal zu ihr ins Zimmer komme. Dass wir dann nachher noch mal weiterschauen.

Zur *Regulation der Situation und der Person* werden nebst Unterbinden von Verhalten, Time-out und Notfallmedikation auch Interventionen eingesetzt, die auf Austausch und Lernprozesse innerhalb der Beziehung zur Betreuungsperson setzen.

Also das kann sein, dass XY ganz komische Grimassen macht, die Zunge rausstreckt, also wirklich wie kleine Kinder. Es hat schon Mitarbeiter gegeben, die das extra zurückgemacht haben. Und dann hat sie einen Moment überlegt, ich tue doch gar nicht so und konnte sich dann beruhigen. Aber das klappt längst nicht immer, natürlich, und ist auch nicht die Art, wie wir sie immer begleiten möchten.

Manchmal braucht es Strukturen, manchmal ganz klare, handkehrum muss man wie mit ihnen einen Weg gehen oder manchmal ein bisschen durch oder den Auslöser geben, damit sie wie durch kommen, oder stampfen oder laute Musik oder schimpfen miteinander.

Und ja, dort, wo, wir (...), wir haben jetzt mit XY eingeübt, dass er Stopp sagt. Oder nicht mal mehr Stopp sagt, sondern einfach so die Hand hinhält. Das sind wir jetzt am Üben.

Der Begriff der *Strukturierung* wird in vielen verschiedenen Facetten angewandt, gemeint sind damit Tagespläne, Abmachungen zu Abläufen, Regeln des Zusammenlebens und Sanktionen bei Nichteinhaltung. Strukturelle Massnahmen dienen vor allem der Prävention von kritischen Situationen, sei dies durch die Vermeidung, resp. die besonders intensive Strukturierung von potentiell kritischen Situationen oder in Form möglichst gewohnter Abläufe. Gewichtet wird auch die notwendige Flexibilität im Umgang mit institutionell gegebenen Strukturen und strukturellen Massnahmen, die durch Betreuende situativ gewährt werden muss.

Dieses Vorwarnen, in Anführungszeichen Warnen, sie weiss, worauf sie sich einlässt, sie sagt ja dazu und jetzt ist ihr Beitrag, dass sie sich an diesen Rahmen halten muss und wenn das nicht geht, dann gehen wir zurück.

Ich habe dann den Auftrag bekommen, dass ich immer zuständig für ihn bin und ihn holen gehe. Und seither hat es wirklich kein Problem mehr gegeben. Das ist schon fast ein halbes Jahr. Und dort habe ich gemerkt, er braucht wirklich klare Strukturen und so den Ablauf gut.`

Und klar merkt man am Vormittag manchmal schon an der Tagesform des Bewohners, ja jetzt heute ist vielleicht etwas weniger möglich, also jetzt okay, drücken wir ein Auge zu, wenn irgendetwas ist.

Auf der Interventionsebene zeigen sich bezüglich Breite des Handlungsrepertoires wenige Unterschiede zwischen den Gruppen, d. h. die Interventionsmöglichkeiten werden sowohl auf den Wohngruppen, als auch im Arbeitsbereich breit wahrgenommen. Die Variation innerhalb eines Teams scheint dabei im Wohnbereich grösser. Die nachstehenden Textstellen illustrieren eine solche Divergenz in Bezug auf den gleichen Referenzklienten, die im Zusammenhang mit den beteiligten Personen oder der Art und den Hintergründen der Situation stehen kann:

> *Man hat ihn einfach, wenn man ihn betreut, ein wenig im Augenwinkel, gerade wenn er nicht fixiert ist und dann macht man halt einfach. Wenn man sieht, dass er irgendein Brett nimmt und sich wieder verletzt, geht man halt hin, schaut und nimmt es ihm halt weg. Mittlerweilen ist es ein ganz automatisches Arbeiten, also, es nimmt jetzt bei mir nicht mehr irgendwie ein extrem grosses Gewicht ein.*

> *Wenn ich bei ihm bin, voll und ganz, dann bin ich in der Betreuung und auf ihn konzentriert. Ich bin immer im Kontakt mit ihm, er spricht sehr gut über Augen an, auf Augenkontakt spricht er sehr gut an, ich spreche auch mit ihm, Körperkontakt, damit er mich spürt, ich bin da, ja.*

Hauptkategorie: Interventionsbedingungen Aussagen, zu unmittelbar wirkenden Einflüssen auf das Interventionshandeln in kritischen Situationen	
Subkategorien	Strukturell • Einschränkung der Interventionsmöglichkeiten durch Gruppensituation • heterogene Zusammensetzung der Gruppe • Räumlichkeiten und Abläufe
	Personell • Fluktuation (Arbeitsplan, Personalwechsel); Informationsfluss, Absprachen, gemeinsame Reflexion und Ausrichtung in Haltung und Handeln, Integration verschiedener Betreuungsstile • bedingte Anwendbarkeit von Handlungsschemata • Ausmass Gesamtbelastung wirkt auf direkte Klientenarbeit
	Kooperation mit Umfeld • fachlicher Austausch mit Fachstelle und Psychiatrie und Unterstützung in situationsbezogener Umsetzung, Koordination und gemeinsames Vorgehen innerhalb Institution • Intensität und Qualität der lebensgeschichtlichen Vorinformation und der Kooperation mit Angehörigen

Neben räumlichen Einschränkungen bezüglich Ausweichmöglichkeiten und gruppenbedingt wenig flexiblen Abläufen zeigen sich vor allem Bedingungen schwierig, die die Gestaltung individuell angepasster *Strukturen* erschweren.

> *Und so die Durchmischung, wie wir sie hier jetzt haben, ist nicht immer optimal. Wenn du irgend jetzt ein Down Syndrom hast und einen stark geistig Behinderten und dann noch jemanden mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Beeinträchtigung, und wenn es dann gerade noch Autismus ist, dann ist es ganz, ganz schwierig, die drei - reden wir jetzt einfach nur mal von drei, vielleicht gibt es noch viel mehr - Strukturen, die jeder einzelne von ihnen bräuchte, so zusammen zu bringen, dass nicht nur einer, sondern alle etwas ein bisschen davon haben. Das ist so eine Schwierigkeit.*

Ein für die Betreuenden wichtiges Thema ist die *Zusammenarbeit und die Planbarkeit von Interventionen im Team*. Diese ist abhängig von Entwicklung, Verlauf und der individuellen Einschätzung von Situationen, sowie unterschiedlichen Haltungen und dem Erfahrungshintergrund der Be-

teiligten. Neben dem Wunsch und Anspruch, sich auf mögliche Situationen vorzubereiten und professionell zu intervenieren, wird auch deutlich, welche Schwierigkeiten sich hier auf verschiedenen Ebenen zeigen.

> *Da geht es mir persönlich darum in der Betreuung, dass ich mich wirklich an die Sachen halte, die wir auch ausgearbeitet haben, die strukturellen Massnahmen, die Notfallszenarien, Abmachungen, Haltung. Dort geht es mir darum, den Konsens dieser gemeinsam erarbeiteten Lösungen umzusetzen, was nicht immer ganz einfach ist.*

> *Ich denke, für Leute mit so starken psychischen Behinderungen brauchen wir schon eigentlich ein Team, das noch ein wenig stärker ist, ich sage das jetzt, in dem alle gleich handeln, damit man auch fähig ist, solche Muster zu durchbrechen.*

> *Und wenn du, eben, wie bringst du diese Achtsamkeit hin? Du musst Erfahrungen sammeln mit XY. Oder. Und gerade mit vielen Mitarbeiterwechseln und so ist das noch schwierig. Wirklich, wir sind wirklich dran, alle Mitarbeiterinnen, die neu sind, immer wieder zu schulen, Situationen anzuschauen.*

> *Und ich habe auch gelernt, ein Dreissigjähriger oder ein Zwanzigjähriger betreut anders als das ein Fünfzigjähriger tut - und dass das zusammen geht, dass man das auch versteht voneinander.*

> *Da gibt es kein Schema, so, so, das geht nicht, das, es gibt kein Schema. Das ist auch wieder etwas Typisches, mit gewissen Leuten, da gibt es kein Schema, einfach das ist richtig und das ist falsch. Es kann heute funktionieren und das geht morgen wieder gar nicht.*

> *Und das merke ich, das ist ein Unterschied, die die achtzig oder hundert Prozent arbeiten, ah, die können dann auch ermüdet sein, oder dass sie auch an die Grenzen kommen. Und dort drin gibt es dann manchmal auch eine Blindheit, wo ich immer wieder frisch komme.*

Schwierigkeiten bezüglich Personalplanung, Koordination und Kooperation werden im Wohnbereich stärker thematisiert, verlangen aber im Zusammenhang mit häufigen personellen Fluktuationen auch im Arbeitsbereich besondere Aufmerksamkeit. Ein gemeinsames Thema, das auch in der Fokusgruppe einen wichtigen Stellenwert einnimmt, ist die *interne und externe fachliche Zusammenarbeit und Abläufe innerhalb der Institution*, die auch bezogen auf konkrete Situationen als Einflussfaktoren wahrgenommen werden.

> *Und was sich auch als hilfreich herausgestellt hat, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, also sei es mit den Medizinern, was die Medi anbelangt, oder auch mit der Fachstelle.*

> *Erst nach zwei Jahren machen wir eine Sitzung mit allen. Und dann schauen wir die Gewaltmeldeblätter an; so einen Haufen. Und mir scheint, ich mache jetzt wirklich keinen Vorwurf, aber mir scheint, in so einer Situation muss man ein bisschen anders und das auch ernst nehmen und solche Sachen anschauen.*

> *Also wenn ein Bewohner massiv ausgebrochen ist, gewalttätig geworden ist und wir beim Arbeiten das halten mussten und warten, bis die Entscheidung kommt, was wir denn jetzt wirklich tun. Also es ist mir als Mitarbeiterin dann wie auch ein wenig die Hand gebunden im Moment. Ich habe zwar wohl meine Aufgabe, dass nicht mehr passiert und nicht mehr eskaliert, aber ich muss auf den Entscheid dann warten. Das war sehr schwierig dann für die Mitarbeiter wie auch für die betreffenden Bewohner.*

Familiäre Zusammenhänge werden im Arbeitsbereich als direkt relevant für kritische Situationen angenommen, die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird erwähnt im Sinne eines

Mangels. Wenig direkte situative Relevanz scheinen lebensgeschichtliche Informationen im Wohnbereich zu haben, ausser in zwei Fällen, wo ein persönlicher Bezug durch eine biografische Gemeinsamkeit besteht, resp. eine Rollenähnlichkeit mit einem Familienmitglied angenommen wird. Diese Umstände werden denn auch als wichtig, als Boden für den Umgang gerade in kritischen Situationen eingestuft. Solche Überlegungen leiten weiter zu einer reflexiven Dimension.

4.1.3 Dritte Dimension: Reflexion zu kritischen Betreuungssituationen

Diese Dimension umfasst eine für die Fragestellung der Forschung wesentliche Metaebene, wie sie zusätzlich mit dem Einbezug einer Fokusgruppe und der spezifisch reflexiven Methode der dialogischen Introspektion angestrebt wurde. Die Kategorien bilden ab, wie Betreuende zu Verhalten und Handeln der Beteiligten, zur Interaktion und zu dahinterstehenden psychischen Vorgängen reflektieren:

Hauptkategorie: **Klientenbezogene Reflexion** Aussagen zum Erleben, zu emotional-motivationalen Vorgängen und mentalen Prozessen von Klientinnen	
Subkategorien	Belastung Klientel • Anforderungen in der Alltagsbewältigung • anspruchsvolles Gruppensetting • tägliche Wechsel und häufige Fluktuationen beim Personal
	Verhalten • Ausdruck innerer Problematik; Verlust des inneren Rahmens, negative Gefühle • phasenhaften Verlauf (Stimmungen, Muster) • situative Bedingtheit (Unsicherheit, Stress, Überforderung) • Funktion (kurzfristige Entlastung, Beschäftigung, Herausforderung/Kontakt)
	Lebensgeschichtliche Bezüge**:** • Individuelle Entwicklung/Entwicklungsbedingungen • Rolle der geistigen und psychischen Beeinträchtigung

Die Textstellen zeigen mögliche *alltägliche Belastungen* bei der Klientel als Grundlast, die zur Entstehung kritischer Situationen beiträgt und diese besser verständlich macht:

> *Ist sie gut genug informiert gewesen, wie der Tag jetzt ablaufen wird, weil er ja eben neu war. Hat das so viel Verunsicherung gebracht? Hätte sie mehr Sicherheit gebraucht in dem ganzen Ablauf? Je nachdem hätte sie eventuell schon früher einen klareren Rahmen gebraucht. Das habe ich wie nicht mitgekriegt, wie es sonst durch den Tag durch lief.*

> *Wenn ich mir überlege, ich müsste so wohnen und leben mit permanentem Wechsel, und jetzt kommt vielleicht einer, der ist ein wenig launisch und bei dem muss ich und bei dem darf ich, /eh/, ja, dann überlege ich mir, dann hätte ich vielleicht manchmal auch meine Ausbrüche und dann sage ich einfach, da bewundere ich manchmal unsere Bewohner, sie leben zu acht, mögen die Hälfte der andern vielleicht nicht wirklich, aber sie leben zusammen. Und da sage ich "chapeau" vor diesen Leuten.*

Der Grossteil der klientenbezogenen Reflexion besteht aus *Einschätzungen von Verhalten* als Ausdruck von schwierigen inneren Prozessen, als phasenhafte Muster oder Zeichen von situativer Überforderung:

Sie hat von sich selber, das glaube ich wirklich, ein Bild, wie sie sich verhalten müsste, um gut zu sein. Und das ist dann manchmal ganz schwierig für sie, glaube ich, das zu erreichen, das sind auch hohe Ziele, die sie sich da setzt. Und dann bestraft sie sich selber.

Also ich habe wirklich das Gefühl, er steht dann ziemlich neben sich. Er ist /eh/, es ist wie die Spitze des Berges der Eskalation, oder, tätätätätäm oder, es geht hoch und dann paff, dann explodierts und die Augen die werden pechschwarz, also, wenn du ihm dann ins Gesicht schaust, dann bekommst du fast Angst, weil da hast du das Gefühl, das ist jetzt nicht mehr XY, das ist jetzt einfach, ja, da hat jemand anders das Zepter übernommen (lacht), effektiv.

Er kann am Morgen wunderbar aufgelegt sein und am Nachmittag nur weinen. Und das haben wir all die Jahre nie herausgefunden und ich denke, ein Stück weit ist es ein Muster oder, er hat früher noch mehr geweint, Tag und Nacht. Und ich denke, wenn er jetzt Phasen hat, in welchen er schon da draussen ist, ist das ja schon ein Fortschritt.

Bezüglich Annahmen zur Funktionalität und Zuschreibung von mehr oder weniger bewusstem Einsatz von Verhalten ist die Bandbreite entsprechend gross. Hier zeigen sich recht individuelle Thesen innerhalb der einzelnen Teams, unabhängig vom Setting Wohnen oder Arbeit:

Und bei ihm ist es enorm, extrem schwierig, er kippt von einer Minute gerade in die andere radikal. Er ist freundlich und lacht, du hast das Gefühl gut, das ist jetzt wieder meine Beobachtung, aber manchmal habe ich auch das Gefühl, er übertreibt, er kommt schon mit dem, schon fällt es (zusammen?) und trotzdem strahlt er noch mehr, quasi „es geht mir gut" und trotzdem plötzlich paff.

Es ist wie, wie einen-Druck-Ablassen, wahrscheinlich wird es ihr wohler im Moment, (lacht) ich weiss es nicht, sie ist sicher enorm unter, unter Druck.

Ich denke, für ihn ist es sicher ein starkes Ausdrucksmittel, weil er sich nicht verbal äussern kann. Ich denke, manchmal habe ich das Gefühl, es ist eine Handlung, halt weil er gar nicht anders kann oder er ist wirklich wütend, oder so. Manchmal habe ich das Gefühl, es ist so ein Herausfordern oder ein Provozieren von uns, „so was macht sie jetzt wohl mit mir", einfach so Spiele, wie sie jeder Bewohner so hat.

Weil das ist bei ihm, manchmal habe ich auch das Gefühl gehabt, dass er wie blockiert ist und er kommt nicht aus dem Loch raus, sondern bleibt einfach da. Und die Möglichkeit, rauszukommen, ist zu schlagen.

Anlass zu lebensgeschichtlichen Bezügen sind Beobachtungen zu Gefühlsäusserungen, die nur diffus zuzuordnen sind und/oder Vergleiche mit früherem Verhalten, die eine positive Entwicklung aufzeigen:

Ja. Ich habe das Gefühl, manchmal weint er, so ganz (...), aber ich habe nicht unbedingt das Gefühl, dass er traurig ist. Ich weiss eben nicht, wie das früher war. Oder ob er sieht, dass sie heulen. Die Frauen, die den Schlag bekommen haben.

Unsicher, sie selber ist unsicher, es ist nicht unbedingt die Situation, irgendwie merke ich, schnell kommt irgendwie ihr Rahmen weg, keine Ahnung. Wenn so vor zwanzig, dreissig Jahren (...), sie klingt wie in dieser Zeit.

Es war früher noch viel mehr, dass sie ganz fest Bestätigung und Sicherheit brauchte, dass etwas so und so läuft, also immer mit Nachfragen.

Zur geistigen und psychischen Beeinträchtigung als Entwicklungsbedingungen werden in einem Referenzfall vertiefte Überlegungen angestellt. Entsprechendes Wissen und die Zusammenarbeit mit Fachleuten wird vor allem in der Fokusgruppe als relevant thematisiert:

> *Das kann ja dann sehr individuell sein, dass jemand im Sozialen da ist und im Körperlichen da, also Teenagerverhalten im Physischen, aber dann im Psychischen, emotional total an einem andern Ort steht, oder, ja, das ist eine Herausforderung, oder. Ja, das ist ein ganz klarer Unterschied, finde ich. Und woher die psychische Beeinträchtigung kommt, das ist dann auch noch die Frage, oder. Ob es von Geburt her ist, oder einfach vom Lauf der Zeit, eben man ist ja dann nicht normal integriert worden mit den normalen Kindern im Kindergarten oder, und es hat einen ganz anderen Lauf genommen.*

> *Mir ist der Austausch sehr wichtig, wie auch schon gesagt wurde, dass man mit Psychiatrien und so den Austausch noch besser hinbekommt, dass man Dinge, die man hört, nicht einfach ignoriert und auch wieder versucht. Es gilt immer wieder von Neuem anzufangen, nicht, dass man sagt, das haben wir schon mal versucht und es ging nicht, das muss nicht heissen, dass es wieder nicht geht, wenn man es noch einmal probiert.*

Hauptkategorie: Reflexion der Beziehung Betreuende/KlientIn Aussagen zur Art der Beziehung Betreuende/ KlientIn	
Subkategorien	Beziehungsentwicklung • Sympathie und Antipathie als normale Einflüsse • erschwert durch Stress und Ängste, Vorerfahrungen auf beiden Seiten • Festigung durch Langjährigkeit, Vertrautheit durch Einzelsituationen • gemeinsames Entwicklungsfeld/Interaktion; Gefühle und Haltung gegenüber KlientIn
	Beziehungsgestaltung • Haltung und bewusster Umgang entlang der Bedürfnisse und unter Einbezug der Möglichkeiten der Klientel • Rolleninterpretation, Rollenbewusstsein • psychische Beeinträchtigung erfordert spezifisches Abschätzen des Befindens und Abwägen des Handelns • Balance zwischen Anspruch auf Selbstbestimmung als Erwachsene und Möglichkeiten der Selbstregulation
	Funktion • Vermittlung von Sicherheit, Tragfähigkeit, Orientierung • Aushalten von stressigen Situationen und Negativem ohne Entzug der Zuwendung • Rahmen für positive Entwicklungen

Betont wird von den Betreuenden der *Entwicklungscharakter von Beziehungen*, dabei spielen nebst als normal empfundenen Unterschieden zwischen einzelnen Personen, Vorinformationen und eigene Erfahrungen (auch aus persönlichen Erlebnissen in anderen Kontexten) eine wichtige Rolle zu Beginn des Beziehungsaufbaus:

> *Ja, ich merke dann schon auch, weisst du, wenn, bei gewissen Behinderten jetzt, mit denen ich zusammen arbeite, wo, /eh/, die Chemie nicht stimmt. Das ist halt wie bei den andern Leuten auch. Wo ich dann merke, dass es für mich wirklich eine Blockade sein kann, meine Ressourcen dieser Person gegenüber darzulegen.*

> *Wir hatten eine sehr schlechte Information. Wir hatten aber auch Leute bei uns, denen es ähnlich ging wie mir, skeptisch, Angst, und das haben wir wie übertragen.*

> *Und nachdem ich das selber so erlebt habe, hatte ich das Gefühl, ich kann es jetzt noch besser, oder ich hätte noch viel mehr Verständnis, was jetzt bei diesen Bewohnerinnen und Bewohnern abgehen muss, oder wieso sie einfach*

so eine Mauer aufbauen können und niemanden mehr an sich heranlassen. Wenn du irgend in deinem Leben fünfhundert Personen durchlassen musst. Das ist ja Wahnsinn. Das hat mich so geprägt, dieses Erlebnis dort.

Gemeinsame Prozesse, die Intensität und die Dauer der Beziehung tragen zu positiven Einschätzungen der Beziehungen zwischen Betreuungsperson und Klient oder Klientin bei:

Ich muss dann manchmal schon schmunzeln, man spiegelt sich ja dann eben auch manchmal selber und man erfährt sehr viel über sich selber in dieser Arbeit, oder, wenn man sich ertappt, das habe ich jetzt nicht ganz gecheckt, oder. Ja, es ist so eine dauernde Interaktion. Wie viel hat mein Handeln mit seinem Handeln zu tun, wie viel haben meine Gefühle auf seine Gefühle einen Einfluss?

Also, gerade solche Situationen, das ist für mich nach wie vor Stress, das muss ich sagen. Aber sonst, ja, also ich, wenn so etwas wieder durch ist oder wenn wir das wieder, /eh/, ich sehe ja natürlich auch die andern Seiten von ihr, sie hat auch liebenswürdige Seiten und /eh/, im Grossen gesehen, also da entwickeln sich beide irgendwie, also, ich kann trotzdem sagen, ich mag sie gut irgendwie.

Ich habe bald gemerkt, selber, das ist ja gar nicht so schlimm, da steckt ja jemand ganz anders dahinter. Ich habe ihn wie von diesen Fesseln gelöst, habe gemerkt, er macht ja gar nichts, es passiert ja gar nichts. Und das war wie ein Highlight für mich, eins nach dem andern. Und das ist heute immer noch so. Und /eh/, bei mir ist gegenüber von ihm eine wahnsinnige Liebe auch gewachsen.

Also XY ist für mich eine, wenn man das so sagen darf, (lachend) von meinen allerliebsten BewohnerInnen auf dieser Gruppe. Trotz aller dieser schwierigen Situationen. Ich schaffe liebend gern mit ihr zusammen und habe wie die Fähigkeit, sie als Gesamt-, als ganze Person zu sehen.

Das Beziehungsangebot wird vor allem in der Fokusgruppe als spezifisches Element der Betreuung deutlich ins Zentrum gestellt:

Wichtig ist schon das Beziehungsangebot, das wir machen. Gerade für Leute, die bisher vielleicht nicht gerade sehr verlässliche Beziehungsangebote erlebt haben, das gibt es häufig, ja, mit Enttäuschungen am Meter wahrscheinlich. Und das ist eine Riesenherausforderung, da ein verlässlicher Partner zu sein.

Herausforderungen in der *Gestaltung dieses Beziehungsangebots* zeigen sich bezüglich Haltung und Rollengestaltung, sowie einem bedürfnis- und ressourcenorientierten Umgang mit Einbezug des Befindens:

Also, das Bewusstsein, dass es da einen Teil gibt, den ich vielleicht nicht allzu sehr beeinflussen kann. Es hilft mir im Verständnis, die Person so annehmen zu können, wie sie ist. Also, es bringt nichts, wenn ich mich über Sachen einfach nur aufrege und sie von ihr vor allem dann auch erwarte, weil es gibt Sachen, die einfach auch nicht möglich sind. Das finde ich, ja, gerade für XY, sehr wichtig das auch zu sehen.

Das ist wichtig, auch das, was nach meiner Erfahrung sehr viel bringt, ist, wenn ich die Ruhe habe, wenn ich ruhig bin, wenn ich bodenfest da stehe. Unsere Leute spüren das, sie nehmen das sofort auf. Das habe ich schon oft beobachtet in heiklen Situationen, sie nehmen das wahr und es ist wie eine Übertragung . Und erst dann kann ich sie ansprechen: „Tu doch das oder gehe doch dort".

Ich merke bei XY und auch bei ein paar andern, ich jetzt mit über fünfzig merke ich, die Jungen haben es manchmal ein bisschen schwerer, wobei, auch gut, einfach anders. Und wir haben wie eine mütterliche Rolle, wir kommen eher da rein.

Wenn du jemanden hast mit einer geistigen Behinderung oder einer körperlichen Behinderung, dann ist das viel klarer, wie du dieser Person gegenüber treten kannst. Bei denjenigen, wo die psychische Beeinträchtigung noch dazu kommt ist es ganz, ganz schwierig. Weil du nie genau abschätzen kannst, was ist jetzt mehr präsent (...). Da musst du wirklich spezifisch schauen, wie ist die Person heute drauf, was strahlt sie für mich aus und wirklich auch ein bisschen im Handeln drin abwägen. Das ist schon noch eine spezielle und spezifische Herausforderung.

Als besonderer Anspruch wird die erforderliche Flexibilität zwischen erwachsenengerechtem Umgang und der notwendigen Führung und Unterstützung aufgezeigt:

Dann kommt manchmal auch wie so - also einerseits sagen wir ihr, du bist erwachsen, wir bestrafen dich nicht, aber manchmal braucht es dann trotzdem den ganz klaren Rahmen. Wo schon fast wieder das Erziehen kommt, wo man sagt, das geht jetzt nicht mehr. Und hier sage ich jetzt, was die Konsequenz ist. Aber mein Verstand sagt mir, es geht manchmal nicht anders.

Wenn wir eine erwachsene Person haben, können wir nicht wie bei einem dreijährigen Kind sagen, es dürfe das nicht machen.

Einfach die Präsenzzeit, das Wahrnehmen, ein bisschen das Führen und das Reinstehen, wieder Zurücknehmen, das Helfen und trotzdem wieder die Selbständigkeit fördern (...) für sie wie ein Schutz sein, und trotzdem ihnen wieder etwas zumuten.

Bezüglich *Funktion der Betreuungsbeziehung* zeigen sich bei allen Betreuenden über alle Gruppen die Vermittlung von Sicherheit, Tragfähigkeit und Orientierung als wichtige Themen mit eher rollen- oder eher personenbezogenen Aspekten:

Was ich wichtig finde das sind sicher einmal dauerhafte Beziehungen, die Sicherheit geben. Du hast auch von Strukturen gesprochen. Es beinhaltet sicher auch, dass die abhängig machen können, aber mit dauerhaften Beziehungen meine ich auch, Beziehungen, in denen Vertrauen da ist, die Sicherheit vermitteln können.

Sondern er hat eben einfach seine Sympathien und das kann man beobachten, er geht einfach zu dieser und jener Person hin, vor allem Frauen, Männer weniger, /eh/ und sucht extrem Nähe und Bestätigung, oder.

Also die Gefühle verändern, glaube ich nicht. Aber ich kann ihm Sicherheit geben, habe ich jetzt persönlich das Gefühl.

Sie weiss eigentlich, was sie von mir erwarten kann, sie muss mit mir nicht mehr alles durchspielen, sie weiss das eigentlich schon. Also von daher, ich denke, das ist für diese Beziehung (...) das /eh/ festigt schon.

Speziell hervorgehoben wird die Funktion der Tragfähigkeit im Umgang mit schwierigen Situationen, aber auch das Zusammenleben an sich wird als positiver Wirkfaktor gewichtet:

Ich habe viele Möglichkeiten, brauche für das nicht Gegenstände, sondern das bin ich. Also, ich kann ihnen viel bieten, indem ich für sie da bin und ich finde auch, ich kann auch die Möglichkeit geben, dass mal etwas Negatives passieren kann, dass auch mal ein Ausbruch eines Bewohners sein darf, ohne dass er dann aufgrund dessen gewertet wird.

Auch wenn es etwas Kleines ist; loben und dann kommen sie, wie eine Blume gehen sie auf. Das ist ganz schön so zu sehen. Und dann kommen sie immer wieder zu dir, weil sie wissen genau, der sagt nicht immer nur, „du bist Scheisse", sondern wirklich auch loben, auch wenn es etwas ganz Kleines ist. Und da habe ich wirklich das

Gefühl, da kann man viel erreichen. Und auch, wie gesagt, /eh/, sagen, was gut ist und was nicht gut ist. Das gibt für beide ein sehr gutes Gefühl.

Die positiven Rückmeldungen von ihr, oder die positiven Entwicklungsschritte, die zu sehen sind, was es bewirkt, zusammen zu leben und zu arbeiten, wie da auch das Gefühl zu haben, es ist eine sinnvolle Sache, die ich mache.

Dieses Zitat verweist weiter auf eine selbstreflexive Ebene bezüglich der Betreuungstätigkeit, die mit der folgenden Kategorie vertieft erfasst wurde.

Hauptkategorie: Selbstreflexion Aussagen zu eigenen Gefühlen und Gedankengängen gegenüber der Betreuungstätigkeit, eigenen Ressourcen und Handlungsstrategien	
Subkategorien	Belastung/Grenzen • anspruchsvolle Klientel und massive Erlebnisse im Zusammenspiel mit eigenen Ressourcen/aktuellem Befinden, Ansprüchen und Erfolgserlebnissen • Komplexität der Anforderungen; Grenzen des Einfühlungsvermögens, Handlungsunfähigkeit; Gefühle von Ohnmacht, Grenzen der Einflussnahme, Frustration • Umgang mit Gewalt als Grenzerfahrung; Verantwortung, eigene Ängste
	Bewältigung • persönliche Ressourcen; Ruhe, Geduld, Erfahrung, gefestigte Persönlichkeit/Belastbarkeit und klare, wertschätzende Grundhaltung • Empathie und Akzeptanz; Anpassung überhöhter Erwartungen an Klientel, an Entwicklungsmöglichkeiten und -tempo, Gewichtung von kleinen Schritten • Abbau von eigenen Ängsten und bewusster Umgang mit eigener Belastung • Getragenheit im Team/in Institution/in Zusammenarbeit
	persönliche Bilanzierung • besondere Herausforderung; fachliches wie persönliches Lernfeld aufgrund intensiver Erfahrungen, die auch eigene Anteile spiegeln • Einordnung von Schwierigkeiten in Gesamtbetrachtung • Freude an der Arbeit mit KlientIn • Identifikation mit helfender und unterstützender Tätigkeit

Die mit der Betreuungstätigkeit verbundene *Belastung* wird in vielen Aussagen beschrieben und gleichzeitig in Relation gestellt zu anderen Aspekten:

Ein Aspekt ist mir einfach persönlich wichtig, die eigene, die eigene /eh/ Belastung, die persönliche Belastung und natürlich auch die der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die ist mir extrem wichtig geworden jetzt auch in dieser Arbeit. Wir haben dermassen anspruchsvolles Klientel bekommen.

Ich würde schon sagen, einerseits denke ich dann schon, meine Güte, was mache ich für einen Job, also furchtbar, also, nein, also so, so furchtbar (…) das ist das Eine, das ich mich frage, was tu ich mir da an und das andere ist schon, das hat eine Beziehung gegeben zwischen uns.

Da gibt es so viele kritische Situationen. Aber ich habe das Gefühl, als Mensch selber, je nachdem wie du veranlagt bist, fasst du vielleicht auch verschiedene, also nicht immer die gleichen Situationen als kritisch auf. Du kannst vielleicht gewisse Situationen besser verarbeiten und gewisse halt eher nicht. Je nach Tagesverlauf bei dir selber, das spielt auch eine sehr grosse Rolle

Aber dann aus einer Situation rausgehen, die eigentlich völlig nicht in Ordnung ist. Also irgendwie noch eine Verabschiedung mit ihren letzten Worten „Geh jetzt raus, du verdammtes Arschloch". Mein Ziel wäre es eigentlich, einen guten Abschluss haben zu können. Sie in die Nacht rein zu lassen, ruhig. Und dann aber feststellen zu müssen, dass ich es nicht geschafft habe. Das ist, also ich weiss es ja, es geht manchmal einfach nicht. Aber so gehen zu müssen, ist nicht immer ganz einfach.

Wir hatten Leute aus der Klinik gehabt, die sehr schwierig, sehr, sehr anstrengend waren. Manchmal, wenn ich sitze und überlege, dann würde ich sagen, ich würde das nicht mehr mitmachen. Das war so anstrengend, so belastend. Aber wenn ich weiss, diese Leute sind jetzt hier, die können in einer Wohngruppe integriert arbeiten und wohnen, dann denke ich, doch, da habe ich wirklich etwas, also mit dem Team zusammen natürlich, /eh/, erreicht.

Die Anforderungen haben zum Teil eine Komplexität, die zu Gefühlen von eigenem Unvermögen auf verschiedenen Ebenen führen, andererseits bestehen auch Anforderungen und Grenzen der Einflussnahme, mit denen ein Umgang gefunden werden muss:

Also ich kann auch in einer Situation, sei das jetzt mit Schlagen oder Spucken kann ich wirklich hin stehen und fühle mich sicher, in dem, was ich mache. Aber manchmal wenn ich wie nichts anderes mehr zur Verfügung habe, wie ich noch handeln kann, dann kommt so ein Gefühl von Ohnmacht.

Ich weiss ja nicht mit Sicherheit, wie er sich fühlt, das nehme ich an, oder. Ja, also hundert Prozent natürlich nicht, also ich kann etwas hinein interpretieren, aber wenn das nicht stimmt, kann es genau das Kontraproduktive sein, was ich tue, oder?

Wenn ich meine Erfahrungen bilanziere, (...) schwierig, zum Teil ist es ernüchternd. Manchmal dünkt es mich, ja wir kommen nicht weiter, es geht wie fast mehr um das Verwalten, also die Absicht schon nicht, aber im Endeffekt dünkt es mich, ja es geht jetzt mehr darum, möglichst mit der Situation /eh/, das zu handhaben, dass alle einigermassen wohl sind, aber nicht, dass da ganz grosse Fortschritte passieren. Habe ich jetzt gesagt, aber andererseits merke ich schon auch, dass es Fortschritte gibt, also gerade jetzt auch von dieser Person, (...) so kleine Schritte.

Und ich muss ja dann immer einen Zettel ausfüllen von freiheitseinschränkenden Massnahmen und (lacht) das ist keine Realität für mich, oder. Und dann kommt das Andere, ich bin ja bereit, diese Zettel zu machen, aber meine Frage ist schon, was geht dann mit diesen Zetteln, wo bleiben die hängen? Wenn jemand im Jahr dreissig Zettel hat, muss man doch mal einen Vormittag lang mit dem Team mit einer Fachkraft darüber reden, oder?

Ich habe vorher viel auch von Professionalität gesprochen, wenn ich jetzt so die Zeit zurückdenke, die ich arbeite, also ich denke, die ist nicht nur immer gut, also mir fehlt heute viel auch Hand, Herz und wie sagt man Kopf. Also das Herz fehlt mir, wo ich finde, ja , das liegt ein wenig brach unter einer Riesenpapierflut.

Aber ich habe das Gefühl, ich bin manchmal auch ein bisschen wie ein Botschafter für diese Leute. Und ich sage Dinge auch am richtigen Ort, aber ich habe manchmal wie das Gefühl, ich kann nur sagen, machen müssen die andern. Es liegt nicht in meiner Kompetenz etwas zu verändern für diese Leute, sondern ich kann es nur deponieren.

Die deutlich am meisten problematisierte Thematik ist der Umgang mit Gewalt; das Abschätzen von Grenzsetzungen gegenüber Klienten, die Verantwortung für das Umfeld und die Wahrung der eigenen Unversehrtheit:

Für mich persönlich, ich habe meine Grenzen kennengelernt, ich kenne auch mein Verhalten sehr gut. Weil ich habe die psychisch Behinderten gerade genau so gerne wie die Normalen. Aber ich merke, ich kann dann auch damit leben, ich kann in solchen Situationen sehr autoritär werden, die Führung übernehmen, aber ich, Gewalt lasse ich einfach nicht zu, auch an mir nicht.

Ich habe schon beobachtet, dass er, als er zu weinen begonnen hat, die Nähe gesucht hat und jemanden umarmen ging und da habe ich mir schon gedacht, also, gopf, jetzt bekommt er eigentlich eine Umarmung und er hat vorhin jemanden geschlagen (lacht).

Und ich habe das auch schon erlebt, dass ich Angst haben musste um meine (lacht), sagen wir Unversehrtheit. Und genau da ist ein Punkt, an dem ich sagen muss, das kann ich nicht machen. Wenn ich Angst haben muss, dass mich jemand, sagen wir, ständig fest kneift oder mir fest weh tut. Wenn ich diese Angst haben muss, da ist meine Grenze.

In der *Bewältigung von solchen Belastungen* wird auf persönliche Eigenschaften und eine professionelle, wertschätzende Haltung, sowie ganz zentral auch auf den Wert von Erfahrung gesetzt:

Also, da sieht man so in die Abgründe, also, es ist /eh/, das würde ich jetzt auch sonst so sagen, es haut mich nicht so schnell etwas komplett aus der Bahn, also, ich denke, ich habe schon Einiges gesehen oder erlebt.

Es ist klar, das ist mein Job und ich mache das auch gern.

Nicht nur, ah, das ist die Frau, mit der es manchmal so schwierig ist. Sondern, das ist XY mit ihren ganz vielen anderen Seiten und Fähigkeiten und ihrer ganzen Liebenswürdigkeit, die sie auch hat. Weil ich glaube, wenn ich das nicht könnte, dann wäre das Arbeiten fast unmöglich, also ja.

Meine Geduld, meine Erfahrung, meine Ruhe, die ich ausstrahle und halt einfach auch, /eh/, so die Empathie, zu versuchen, sich in den andern Menschen reinzuversetzen und Wertschätzung, für das, was sie da tun und für das, was ich auch bekomme.

Erfahrung und Empathie, sowie die Akzeptanz von Beeinträchtigungen unterstützen eine adäquate Anpassung von Erwartungen in der Arbeit mit der Klientel:

Das ist auch noch etwas, was von der Erfahrung her kommt. Du musst die eigenen Erwartungen, Ansprüche runter schrauben können. Dass jetzt irgendeine Arbeit gemacht werden muss oder so. Das ist sehr häufig bei jungen Mitarbeiterinnen so. Und das ist gut, die müssen voller Elan und Idealismus kommen. Die kriegen dann meistens eins aufs Dach. Und werden unzufrieden, weil sie Ansprüche haben und nicht annehmen können, dass eine Stunde einfach da sitzen auch schon etwas ist, einfach eine Leistung ist.

Ja. Und ich glaube, das ist einfach auch etwas, was man wie probieren muss, einfach anzunehmen. Also es ist nicht immer möglich. Ich kann mein Bestes für sie tun, aber es ist auch ihr eigener Anteil halt von den psychischen Beeinträchtigungen, wo man halt nicht alles aufgleisen kann, dass es für alle Beteiligten optimal ist.

Der Abbau von eigenen Ängsten und das Ernstnehmen der eigenen Grenzen im Umgang mit Belastung werden als wichtige Bewältigungsfaktoren betont:

Als ich ihn das erste Mal gesehen habe, habe ich Angst gehabt vor diesem Mann. Er war vernarbt, angebunden und hatte einen tiefen, dunklen Blick, und mir ist das sehr gefährlich vorgekommen, also, und auch mächtig und ich bin ihm auch sehr skeptisch gegenüber getreten. Aber mit jedem Hintreten oder mit ihm Arbeiten, merkte ich, da ist gar nichts Gefährliches dahinter.

Eine Person ist so herausfordernd, dass wir zum Teil nur stundenweise arbeiten können mit dieser Person und da ist es sehr wichtig, dass wir sehr flexibel sind, dass wir wechseln können, dass wir sagen können, ich möchte nicht den ganzen Tag bei dieser Person betreuen müssen. Und dass man da sehr flexibel ist und auch nicht den eigenen Anspruch, immer alles tun zu können, erfüllen zu müssen, dass man da ganz genau hinschaut und der eigenen

Gesundheit schaut, damit man diese Arbeit auch über längere Zeit machen kann, natürlich auch im Sinn des Klientels.

Dazu gehört auch die Einbettung im Team, in der Institution und die Zusammenarbeit mit unterstützenden Diensten:

Ich musste nicht überlegen, ob das jetzt richtig sei, ob ich das darf, sondern das Vorgehen haben wir so quasi abgemacht. Das in so einer Situation, wo einfach nichts anderes mehr geht. Und das zu wissen hilft, reagieren zu können.

Persönlich sind die Situationen mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Alltag dann besonders anspruchsvoll und dort vor allem ist mir dann ganz wichtig, dass ich das Team zur Verfügung habe, dass wir, dass ich im Kontext mit Auftrag und Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern diese Tätigkeit eigentlich umsetzen kann. Und auch ein gutes Arbeitsklima hilft da, auch Vertrauen und Sicherheit, Vorgesetzte, die gut geschult sind, die auch diese Begriffe wie Belastung als wichtig einstufen können.

Und, und dann ist es einfach wichtig, darüber zu reden, damit man wirklich am nächsten Tag eben wieder flexibel oder eben wieder frisch daran kann, möglichst locker und, und nicht im Hintergrund, „oh, das ist ja die, die mir letztes Mal (...)". Das finde ich recht wichtig. Und /eh/ es gibt Gewaltsupervision, seit einer gewissen Zeit, das ist pro Monat ein Treffen, also man kann sich freiwillig melden, innerhalb des Arbeitsbereiches und das wird es dieses Jahr wieder geben und ich werde es wieder nützen, weil ich arbeite viereinhalb Tage und ich bin dem recht ausgesetzt, oder. Ich denke, es ist wichtig ja, auch für sich selber zu schauen, aber man kann schon sagen, die Dinge nicht zu nahe an sich-Ranlassen, aber was denn wirklich so im Bauch auch noch passiert, eben um das dann wieder gut zu verarbeiten, diese Supervision, das finde ich ganz wichtig.

In den *persönlichen Bilanzierungen ihrer Tätigkeit* zeigt sich eine hohe Identifikation sowohl auf einer fachlichen als auch auf einer persönlichen und auf der Beziehungsebene mit den Klientinnen und Klienten, die Arbeit wird als bereichernd erlebt:

Dann, wenn ich gearbeitet habe, komme ich nach Hause und ich fühle mich sehr wohl, dann denke ich, ja, ich habe wertvolle Arbeit mit diesen Menschen gemacht, von mir aus denke ich das. Und auf der anderen Seite denke ich auch, ich habe das gerne gemacht.

An erster Stelle ist es für mich superspannend, ich bin jetzt zwölf Jahre da, und es wurde mir noch nie langweilig, weil es eben so verschiedene Leute sind und es immer wieder spannend ist, wieder rauszufinden, ja, wie könnte jetzt das gehen oder das oder das, und ja, eben es gibt einem schon auch ein gutes Gefühl, wenn man merkt, jetzt habe ich wieder etwas geschafft oder jemanden weiter gebracht und man, ich denke, man wächst ja auch selber an dem.

Also für mich sind das sehr schöne Zeiten eigentlich immer wieder, mit diesen Leuten zu arbeiten. Ich habe schon an vielen Orten gearbeitet und (lacht) niemand bringt so viel Freude mit wie unsere Betreuten. Also niemand, ja ich finde, das ist ein Geschenk auch. Und es ist immer ein Lernfeld gewesen für mich, sei es fachspezifisch oder auch persönlich und ich habe auch gemerkt, ich meine, ich habe schon mit Zwanzig betreut, bin jetzt über Fünfzig, man betreut anders.

Das sind dann so Situationen, wo man findet, nein, oh je, jetzt weiss ich nicht mehr wie weiter. Und wenn ich dann aber aus der Situation raus bin und vielleicht später mir im Gesamten überlege, was sind für Entwicklungen passiert in den fünf Jahren seit ich sie kenne, dann muss ich sagen, es ist viel, viel besser geworden!

Also die Arbeit mit ihm, die gefällt mir. Einfach so spürbar.

4.1.4 Vierte Dimension: Institutioneller Kontext

Ein gewisser Teil der Aussagen bestand aus Überlegungen, die über die direkte Betreuungsarbeit und den Bezug zu kritischen Situationen hinausgehen und sich auf allgemeine Aspekte im institutionellen Kontext der Betreuung von Menschen mit doppelter Beeinträchtigung beziehen. Solche Aussagen bestanden in Kommentaren, die Zusammenhänge zwischen kritischen Situationen, der Betreuungstätigkeit und der institutionellen Einbettung herstellten. Es darf deshalb angenommen werden, dass die Zusammenfassung dieser Aussagen Aspekte aufzeigt, die die Betreuenden für ihre Arbeit besonders gewichten. Sie wurden auf der Ebene der Paraphrasen summarisch zu vier ergänzenden Kategorien zusammengefasst. (Die Bildung der Kategorien aus den Paraphrasen ist im Anhang E aufgezeigt.)

Interpretation des Betreuungsauftrags
Aussagen, die den institutionellen Auftrag und das Aufgabenverständnis als Betreuungsperson betreffen

- Integration in möglichst normales Umfeld, Normalisierung als Entwicklungsförderung und Vermeidung von dauerhafter Psychiatrieplatzierung, auch wenn dafür andere Einschränkungen in Kauf genommen werden müssen
- Alltagsunterstützung, eine gute individuelle Lebensqualität, Wohlbefinden und Zufriedenheit, Wertschätzung als Person mit Recht auf Privatsphäre, Förderung und Zielerreichung entlang persönlicher Ressourcen
- Individuellen Weg wertschätzen, durch Rahmen und Spielraum befähigen, Dinge selbst zu tun; Herausforderung an Umfeld von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geht da über den Rahmen der normalen Kernaufgaben hinaus

Personal; Anforderungen und Unterstützung
Einschätzungen der Betreuenden zu Anforderungen und erschwerenden/unterstützenden Aspekten

- Anspruch an Professionalität aufgrund anspruchsvollerer Klientel gestiegen, in Bezug auf Betreuung und Dokumentation höher als in Psychiatrie ohne Unterstützung durch entsprechendes fachliches Umfeld, wenn auch mittlerweilen auf gutem Weg
- Belastung des Personals ist spürbar, zeitlicher und ökonomischer Druck steigt, hohe Pensen sind Problemen massiv ausgesetzt, Thema Gewalt sehr belastend, Unterstützung durch Supervision und Gewaltschulung hilfreich, wenn an Realität im Betreuungsalltag orientiert, gute Planung von Übertritten und Zusammenarbeit mit Psychiatrie und internen Fachstellen zentral
- Erkennen von psychischen Problemen nicht Bestandteil der Ausbildung in Sozialpädagogik, Fachleute sollten in Planung und Schulung direkt vor Ort unterstützen, zu hohe Personalfluktuation und Einarbeitungsaufwand, unterschiedliche Betreuungsstile sind anforderungsreich in Teamarbeit. Mehr Konstanz und erfahrenes, älteres Personal, ein gutes Arbeitsklima und Vor-

gesetzte, die Belastung anerkennen und Vertrauen und Sicherheit fördern, wirken unterstützend

Strukturelle Bedingungen
Aussagen zu institutionell gegebenen Rahmenbedingungen

- Betreuungsverhältnis von mehr als 1:1 entspricht trotz Erfolgen in Einzelbetreuung leider Realität, Konstanz in Kontaktpersonenarbeit nicht mehr gemäss Konzept gewährleistet
- Anerkennung der psychischen Beeinträchtigung; Konzept stimmt so nicht mehr für diese Klientel, gleiche Strukturen für alle werden Anforderungen nicht gerecht, strukturelle Gewalt kommt vor, Gruppenzusammensetzung und Grösse zu anforderungsreich, individuellere Formen, weniger Standardisierung und spezifisches Fachpersonal erforderlich

Schnittstellen mit anderen Lebensfeldern
Aussagen zu wichtigen Einflüssen auf institutionelle Betreuungstätigkeit

- Übertritte aus Sonderschulen und aus Psychiatrie erfordern viel Anpassung, sind als wichtige Schnittstellen gut vorzubereiten
- Einstellungen von Angehörigen haben grossen Einfluss, sind im Alltag spürbar, Zusammenarbeit läuft nicht direkt an Basis, es gilt Klient zu nehmen wie er ist
- Bild der Arbeit nach aussen ist wichtig, Öffentlichkeit ist schwieriges Feld für Betreuung, Begegnung nicht immer positiv, hat Grenzen

4.2 Interpretation des Kategoriensystems

Das als erstes Ergebnis vorliegende Kategoriensystem zeigt - als eine mögliche Repräsentation - die hohe Dichte und Komplexität der Betreuungstätigkeit im Kontext kritischer Situationen. Die Kategorisierung entlang der vier Dimensionen stellt eine Ordnung dar, die sich im praktischen Alltag nicht so zeigt und auch nicht so herstellbar ist, sie ermöglicht aber eine systematische Analyse. Im Folgenden werden - ausgehend von den Kategorien auf der reflexiven Dimension - einige der vielfältigen Zusammenhänge innerhalb des Kategoriensystems aufgegriffen und erläutert. Ergänzend werden Kommentare aus den vergleichenden Analysen (Einzelebene; Beziehung/Gruppenvergleiche; Setting und Kultur) angeführt, die für den Gesamtkontext relevant scheinen. Die Kategorien auf der Dimension institutioneller Kontext werden am Schluss separat dazu gezogen, sie dienen dazu, die Gewichtung einzelner Punkte zu bestätigen oder zu relativieren.

4.2.1 Zusammenhänge innerhalb des Kategoriensystems

Die reflexive Dimension erfasst, welche psychischen Prozesse, Gedanken und Gefühle der Beteiligten von Betreuenden als subjektiv relevant angesehen werden. Subjektive Wissensvor-

räte und Relevanzstrukturen zur Thematik der Betreuung in kritischen Situationen zeigen sich in den Hauptkategorien klientenbezogene Reflexion, Reflexion der Betreuungsbeziehung und Selbstreflexion.

Klientenbezogene, für ihr Erleben relevant empfundene emotional-motivationale Vorgänge und mentale Prozesse umfassen die Subkategorien Belastung, Verhalten und lebensgeschichtliche Bezüge.

Als hauptsächlich *belastende Faktoren* für die Klientinnen und Klienten werden Anforderungen in der Alltagsbewältigung, Anpassungsleistungen in der Gruppe und Einschränkungen in der personellen Kontinuität der Betreuung angenommen. Die Einschätzung dieser Faktoren als Grundlast findet auch in der Wahrnehmung kritischer Situationen Ausdruck. So zeigt die Subkategorie ‚Interaktionelle Einflüsse', dass quantitative und qualitative Aspekte personeller Ressourcen - die physische und psychische Verfügbarkeit von Betreuenden - als Einflussfaktor auf Entstehung und Verlauf von kritischen Situationen wahrgenommen werden. Das Ausmass an Stress auf Seiten Personal oder auf Seiten Klientel, sowie das Mass der Tragfähigkeit der Beziehung stehen in gegenseitigem Bezug; viele personelle Wechsel wirken sich hier als Belastung aus. Als situativ belastend für Klienten werden auch die alltäglich häufigen personellen Wechsel, resp. Transfers zwischen verschiedenen sozialen Situationen und Bezügen eingeschätzt. Der Gruppenkontext wird zur Überforderung in kritischen Situationen, da ein erhöhter Betreuungsbedarf bei der ganzen Gruppe die verfügbaren Ressourcen überschreitet und sich Zielkonflikte für die Betreuenden ergeben. Diesen Belastungen wird auf der Interventionsebene vor allem mit einer hohen Strukturierung und Regelung des Alltags und möglichst individuellen weiteren Massnahmen begegnet, die die Anpassung im sozialen Rahmen unterstützen. Bezüglich Zielen stehen Aspekte im Vordergrund, die den Schutz des Umfelds und die Normalisierung von Verhalten anstreben. In den konkreten Interventionen zeigt sich vermehrt auch die Rolle von Beziehung, die wo möglich, z. B. in Form von situativer Einzelbegleitung, bewusst zur Entlastung eingesetzt wird.

In der *Interpretation von Verhalten* werden neben einer inneren Problematik und situativer Bedingtheit, ein phasenhafter Verlauf und die Funktionalität von Verhalten thematisiert. In Abhängigkeit von der unterschiedlichen Gewichtung dieser Gesichtspunkte ist die Wahrnehmung von kritischen Situationen in Bezug auf situatives Klientenverhalten und bezüglich Anzeichen mehr oder weniger auf die Beobachtungen externalisierenden Verhaltens beschränkt, allerdings wird auch auf das Kontaktverhalten und auf situative Umstände geachtet. Während auf der Interventionsebene diesbezüglich primär Anpassung und Entwicklung der Klientinnen auf der Verhaltensebene als Ziele thematisiert werden, zeigt sich in den konkreten Interventionen selber vor allem eine beziehungsbasierte Unterstützung und Regulation von Verhalten. Auch in der Umsetzung strukturierender Massnahmen spielt die personelle Begleitung eine wesentliche Rolle. Der Bezug zwischen dem Verhalten von Klienten und der Beziehung, der

sich hier implizit zeigt, wird weniger klientenbezogen, sondern eher von der Funktion der Beziehung her reflektiert (vgl. unten).

In die *Reflexion lebensgeschichtlicher Bezüge* wurden individuelle Entwicklungsbedingungen und die Rolle der geistigen und psychischen Beeinträchtigung einbezogen. In die Wahrnehmung konkreter Situationen und die konkrete Gestaltung der Interventionen werden solche Bezüge nur punktuell eingebracht. Allerdings werden die diesbezügliche Zusammenarbeit mit Fachstellen, lebensgeschichtliche Vorinformationen und die Kooperation mit Angehörigen durchaus als Einflussfaktoren auch für konkrete Situationen gesehen.

Die Art der **Beziehung** zwischen Betreuenden und Klientin oder Klient zeigt sich als zentrales Thema der Reflexion, das sich in die Subkategorien Beziehungsentwicklung, Beziehungsgestaltung und Funktion der Beziehung gliedert.

Für die *Entwicklung einer Beziehung* werden nebst einem Bewusstsein um normale Sympathien und Antipathien die Qualität von Vorinformationen zum Klient und das Ausmass von beidseitigem Stress während dem Beziehungsaufbau als wesentliche Einflüsse betrachtet. Unsicherheiten werden in langjährigen Beziehungen und durch gegenseitiges Vertrautwerden in Einzelsituationen ausgeräumt, so dass klare Haltungen und positive Gefühle, sowie die Idee einer gemeinsamen Weiterentwicklung die Beziehungen prägen.

Dies zeigt sich in der *Gestaltung der Beziehungen*, die sich einerseits an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Klientinnen und Klienten orientieren will, andererseits auch durch die Rollenvielfalt und -Interpretation der Betreuenden bestimmt wird. Psychische Beeinträchtigungen werden hier als erschwerend im Erkennen von Bedürfnissen in der Interaktion und für einen adäquaten Umgang wahrgenommen. Als besonders schwierig zeigt sich die Balance zwischen einem erwachsenengerechten Umgang und der notwendigen Unterstützung in einem entsprechenden Verhalten.

Als klar prioritäre *Funktion der Beziehung* wird denn auch die Vermittlung von Sicherheit, Tragfähigkeit und Orientierung betrachtet. Dies wesentlich als grundsätzlich notwendiger Rahmen für positive Entwicklungen und in einem darüber hinaus gehenden Anspruch auch als sicheres und verlässliches Beziehungsangebot, das auch Negatives zulässt und aushält. Hier ist die Funktion einer ‚stärkeren und weiseren' Bezugsperson angesprochen, die Bindung unterstützt und auch unangemessenes Verhalten in schwierigen Situationen adäquat beantwortet.

Diese Aspekte finden ihre Entsprechung in der Wahrnehmung von kritischen Situationen, in denen sich situatives Verhalten und Anzeichen bei Betreuten mehr oder weniger intensiv auszeichnen durch beeinträchtigtes Kontaktverhalten, Kontrollverlust im Verhalten und in der Regulation von Nähe und Distanz und durch die Anwendung von Gewalt gegen sich und/oder andere und die entsprechenden Anforderungen in der Interaktion. Verfügbarkeit,

Kontinuität, das Mass der Vertrautheit und die Anerkennung der Betreuungsperson als Autorität werden nebst möglichen Stressfaktoren auf beiden Seiten als wesentliche Einflüsse auf kritische Situationen wahrgenommen. Die Bandbreite der möglichen Interventionsziele reicht von der unmittelbaren Bewältigung kritischer Situationen im Sinne einer primären Sicherung der physischen und psychischen Unversehrtheit, resp. Eingrenzung von negativen Folgen für die Beteiligten bis zu einem agogischen Ansatz. Dieser sieht (auch) in kritischen Situationen ein Potential für Entwicklungsschritte und entsprechende Verhaltensveränderungen. Neben dem Ziel der Beruhigung und der Selbstregulation werden keine differenzierten Ziele im Umgang mit emotionalen Belastungen formuliert, in den inhaltlichen Interventionen zeigt sich aber eine hohe Gewichtung von auf Beziehung basierender emotionaler Unterstützung und Regulation. Direkte interpersonale, auf Emotionen bezogene Interventionen im Sinne einer Affektmodulation wiederum werden erfolgreich, aber nur punktuell und mit Zurückhaltung eingesetzt. Als wesentliche Einflüsse auf das beziehungsbezogene Interventionshandeln werden die Gesamtbelastung der Betreuenden, sowie Bedingungen wahrgenommen, die eine gemeinsame Handlungsorientierung im Team erschweren (häufige Wechsel, Arbeitsplan, verschiedene Betreuungsstile). Gleichzeitig wird auch betont, dass nicht mit Handlungsschemata, sondern sehr situativ interveniert werden muss.

Als wichtiger Teil der reflexiven Dimension zeigen sich auch Aussagen zum **Selbstverständnis** in der Betreuungstätigkeit, zu eigenen Gedanken, Gefühlen, Ressourcen und Strategien, die sich in den Subkategorien Belastung/Grenzen, Bewältigung und persönliche Bilanzierung darstellen.

In der Wahrnehmung der *eigenen Belastung und Grenzen* zeigt sich eine differenzierte Sichtweise. Die Anforderungen (anspruchsvolle Klientel, massive Erlebnisse, Verantwortung für Umfeld und eigenes Befinden und Gefühle von Unvermögen und Frustration) werden in Relation gesetzt zu eigenen Erwartungen an sich und die Klientinnen, zu persönlichen Ressourcen und zu Erfolgserlebnissen. Belastungsgrenzen bilden die Erfahrung von Gewalt gegen die eigene Person und die latente Angst, Situationen nicht mehr kontrollieren zu können, keine Handlungsoptionen mehr zu haben.

Zur *Bewältigung* solcher Schwierigkeiten werden eine an konkreten Bedrohungen festgemachte fachliche Unterstützung, die Kooperation in der Institution, die Einbettung im Team, der Rückhalt bei Vorgesetzten und ein bewusster Umgang mit eigenen Ängsten als relevant erachtet. Es zeigt sich dabei eine gewisse Unsicherheit und Unzufriedenheit im Vergleich zur Bewältigung der anderen belastenden Faktoren, denen aufgrund persönlicher Ressourcen (Geduld, Erfahrung, Belastbarkeit, Empathie) und einer wertschätzenden Grundhaltung, dem Abbau überhöhter Erwartungen an die Klientel und an sich selbst und mit der Gewichtung von positiven Entwicklungen ausreichend begegnet werden kann.

Die *persönliche Bilanzierung* der direkten Betreuungstätigkeit fällt denn auch durchgehend positiv aus. Die grundsätzliche Identifikation mit einer helfenden und unterstützenden Tätigkeit ist gross, die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung wird als besondere, persönlich und fachlich spannende Herausforderung betrachtet. Das Selbsterleben zeigt sich in der Gesamtbetrachtung als erfolgreich und auf der Beziehungsebene mit den Klientinnen und Klienten bereichernd. In diesem Zusammenhang werden deutlich mehr Gefühle benannt als in anderen Themenfeldern, allerdings zeigt sich eine gewisse Zurückhaltung, wenn sehr positive Gefühle geäussert werden.

Bezüglich der Selbstwahrnehmung in kritischen Situationen werden eigener Stress, die Situationskompetenz (situatives Einfühlungsvermögen, eingeschränkte Handlungsoptionen, Zielkonflikte) und die Qualitäten der Beziehung (Mass der Vertrautheit, Verfügbarkeit und Verlässlichkeit) als Einflüsse thematisiert. Für die Interventionsebene werden reflexive Aspekte vor allem bezüglich der Qualität der gesamten Betreuung für die Klientinnen und Klienten eingebracht (Kontinuität der Betreuung, gemeinsame Ausrichtung des Handelns im Team, die Nutzung und Umsetzung von externem Fachwissen). Die Anforderungen, die sich in den Interventionsinhalten zeigen, werden in der Selbstreflexion wenig kommentiert, beschrieben werden allerdings nebst gelungenen eigenen Interventionen auch Zweifel. Diese beziehen sich vor allem auf die Angemessenheit von strukturellen Massnahmen und den situativ schwierigen Umgang mit Klientinnen und Klienten. Als Ressourcen gewertet werden hier persönliche Voraussetzungen wie Erfahrung und ein angemessener Umgang mit Erwartungen an sich und an Klienten, Ruhe, Verlässlichkeit und Klarheit, sowie die Fähigkeit, wertschätzend, flexibel und situationsangemessen zu reagieren.

4.2.2 Vergleichende Analysen auf Ebene Einzelfall- und Untersuchungsgruppen

Für diese Analysen wurden - entlang den Kategorien - die Paraphrasen der einzelnen Betreuenden in Bezug auf den jeweiligen Referenzklienten verglichen und kommentiert, sowie die Zusammenfassungen dieser Kommentare pro Untersuchungsgruppe verglichen. Im Folgenden werden einzelne Aspekte dargestellt, die sich als relevante Unterschiede oder Gemeinsamkeiten auf den so entstandenen Vergleichsebenen ‚Beziehung zu Klient oder Klientin' und ‚Setting/Gruppenkultur' zeigten.

Unterschiede in den *Beziehungen zwischen Betreuungspersonen und der jeweiligen Referenzperson* zeigen sich einerseits in der ausgedrückten Zuneigung (die aber bei allen grundsätzlich hoch ist) und auch in einer unterschiedlichen Reflexionstiefe, resp. der Fokussierung von unterschiedlichen Aspekten, andererseits in der Art, in welcher die einzelnen in die Beziehung investieren und diese als Instrument für ihre Tätigkeit wahrnehmen. Diese Unterschiede scheinen unabhängig von der Persönlichkeit der jeweiligen Referenzklienten zu sein, sondern eher mit Faktoren bei den Betreuenden zu tun zu haben. Allerdings lässt sich festhalten, dass sich die grössten Diffe-

renzen innerhalb einer Gruppe dort zeigen, wo die Kommunikation mit dem Klienten am meisten erschwert ist und die aktive Gestaltung der Beziehung entsprechend stark in der Verantwortung der Betreuenden liegt. In den Gruppenvergleichen fällt auf, dass ein hoher Konsens in Bezug auf das Beziehungsangebot und seine Vernetzung auf der Interventionsebene am ehesten im Arbeitsbereich besteht, in welchem Beziehung bewusst als strukturelles Element zur Affektregulierung in den Umgang mit der Referenzperson einbezogen wird. Gemeinsame Überlegungen zum Erleben des Klienten untermauern diese Interventionen. Das geschieht auf den Wohngruppen auch, allerdings individueller und in der Ausgestaltung abhängiger von den einzelnen Personen. Während auf der einen Wohngruppe trotz unterschiedlichen Schwerpunkten in den Überlegungen zum Erleben der Klientin ähnliche Interventionen resultieren, scheinen diese auf der anderen Wohngruppe weniger abgesprochen zu sein und stärker von den individuellen Haltungen der Betreuenden geprägt, was zu mehr oder weniger Verantwortungsübernahme in kritischen Situationen führt. In den Vergleichen für das Interventionshandeln zeigt sich hier eine Abhängigkeit vom Gewaltpotential, das vom Klienten oder von der Klientin ausgeht, resp. individuell auch unterschiedlich eingeschätzt und gewichtet wird. Hier zeigt sich im Arbeitsbereich eine höhere Übereinstimmung bezüglich Zielen, resp. Zielhierarchien als in den Wohngruppen. Auch zwischen den Wohngruppen gibt es Unterschiede im Ausmass der Zielkongruenz; der Fokus kann innerhalb einer Gruppe graduell stark variieren zwischen Schutz vor Gefährdung, dem Gewichten eines ungestörten Gruppenlebens und Entwicklungszielen beim Referenzklienten, während auf der andern Gruppe Aspekte der Stabilisierung und Entwicklung im Rahmen einer Normalisierungserwartung auch für kritische Situationen als Konsens im Vordergrund stehen.

Als *zentrale Funktion der Betreuungsbeziehung* wird - unabhängig von den Referenzklienten und über alle Untersuchungsgruppen hinweg - die Vermittlung von Sicherheit und Orientierung und die Tragfähigkeit der Beziehung erachtet. Die eigene Ruhe, Sicherheit und Klarheit wird als wichtiger Wert in der Interaktion betont, genau so wie ein situativ flexibles und adaptives Verhalten gegenüber den Klientinnen. Allgemein zeigen sich bei langjährig erfahrenen Betreuenden klarere Haltungen bezüglich der eigenen Rolle in der Betreuungsbeziehung. Jüngere Betreuende zeigen sich in der Gestaltung der eigenen Rolle experimentierfreudiger, aber auch unsicherer, während ältere Betreuende bestehende Rollenkonzepte miteinbeziehen und diese auch klientenbezogen reflektieren (Personzentrierung, Autoritäts-/Respektperson, mütterliche Rolle, Rolle als Mann; Gender-Aspekte werden sowohl im Arbeits- wie auch im Wohnbereich von Männern eingebracht). Auch die stabilisierende Funktion einer langjährigen vertrauten Beziehung und das Vertrauen in das eigene Einfühlungsvermögen werden über alle Gruppen hinweg von älteren Betreuenden hoch gewichtet. Die spezifische Erfahrung mit einem Klienten, aber auch die allgemeine Lebens- und Berufserfahrung werden von allen Betreuenden als wichtige Ressourcen in der Beziehungsgestaltung betrachtet.

Unabhängig von der eigenen Rolleninterpretation innerhalb der Betreuungsbeziehung haben alle Betreuenden das Gefühl, den Klientinnen grundsätzlich Sicherheit vermitteln zu können. Die Gewichtung dieses Aspekts auch für den Umgang mit kritischen Situationen ist dabei unterschiedlich. Einerseits scheinen hier Erfahrungen mit psychischen Beeinträchtigungen und das Alter der Betreuenden, andererseits auch das Ausdrucksverhalten der Klienten bezüglich emotionaler Bedürfnisse und dessen Wahrnehmung und Interpretation durch die Betreuenden eine Rolle zu spielen.

Dass die *Gestaltung eines angemessenen Umgangs* in kritischen Situationen als herausfordernd erlebt wird, hat sich in den Interviews vielfach gezeigt und schlägt sich auch im Kategoriensystem nieder, das hohe Anforderungen an die Beziehung als Element der Betreuung aufzeigt. Die Auseinandersetzung mit diesen Anforderungen auf der Reflexionsebene scheint auf einer sehr individuellen Ebene zu geschehen. Es bestehen individuelle Beziehungskonzepte, als gemeinsamer Nenner zeigt sich aber deutlich der Anspruch, in der Beziehung Sicherheit zu vermitteln - auf welchem theoretischen Hintergrund dies geschieht, bleibt offen. Parallel dazu bestehen hohe agogische Ziele, die Entwicklung sehr allgemein fassen und primär auf Verhaltensveränderungen im Sinne einer Normalisierung setzen. Eine grundsätzliche Orientierung am Normalisierungsprinzip und die Ausrichtung von Zielen am Verhalten zeigen sich über alle Gruppen. Das Ausmass der individuellen Anpassung dieses Prinzips und entsprechender Erwartungen scheint im Arbeitsbereich eher an entwicklungsbedingten Voraussetzungen und emotionalem Erleben der Referenzperson in kritischen Situationen ausgerichtet. Auch in der Fokusgruppe wird die Beachtung individueller Entwicklungswege stark in den Vordergrund gerückt. Interpretationen des emotionalen Erlebens von Klienten finden natürlich bei allen Betreuenden statt, werden aber oft mit einer relativierenden Note versehen, das Zutrauen in die eigenen Interpretationen und in direkte affektregulierende Interventionen ist mit Unsicherheit verbunden. Im Vordergrund stehen manifest Beobachtbares und die direkte Regulation von Verhalten. Der Umstand, dass die Vermittlung von Sicherheit, Tragfähigkeit und Orientierung über alle Gruppen als zentrale Funktion der Beziehung empfunden wird, lässt allerdings schliessen, dass durchaus von einem emotionalen Erleben ausgegangen wird, das Unsicherheit, Halt- und Orientierungslosigkeit umfasst. Das Ausmass, resp. der Fokus der Reflexion über das damit verbundene Erleben der Klienten scheint weniger vom jeweiligen Referenzklienten abzuhängen, sondern in Zusammenhang zu stehen mit den individuellen Zugängen der Betreuenden. Die weitgehend gemeinsame Orientierung an Normalisierung und an Entwicklung wird - sowohl bei den Einzelpersonen als auch über die Gruppen betrachtet - unterschiedlich umgesetzt. Der Einbezug des emotionalen Erlebens der Klientinnen hat dabei einen mehr oder weniger grossen Stellenwert. Betont wird dieser auf einer Metaebene in der Fokusgruppe im Sinne der Individualität von Entwicklungswegen. Auch im Arbeitsbereich zeigt sich deutlich die Auseinandersetzung des ganzen Teams mit den Hintergründen von

kritischen Situationen aus Klientensicht. Im Setting Wohnen scheinen diese Überlegungen einerseits weniger homogen und andererseits auch individueller gewichtet.

4.2.3 Relevante Aspekte auf der Ebene des institutionellen Kontexts

In der *Interpretation des Betreuungsauftrags* durch die Betreuenden zeigen sich hohe Ziele, die nebst der alltäglichen Unterstützung und der grundsätzlichen Wertschätzung für eine klientenzentrierte Sichtweise im Sinne einer individuellen Lebensqualität stehen. Als Rahmen wird hier die Integration in ein möglichst normales Umfeld ausserhalb der Psychiatrie positiv eingeschätzt, die institutionelle Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung wird grundsätzlich befürwortet und gehört zum Betreuungsauftrag. Allerdings wird auch betont, dass die diesbezüglichen Anforderungen über die normalen Kernaufgaben hinaus gehen. Normalisierung wird als grundsätzlich entwicklungsfördernd, die Befähigung dieser besonderen Klientel zu eigenen Entwicklungsschritten als besondere Herausforderung betrachtet. Eine diesbezügliche Differenzierung des Auftrags und/oder des Aufgabenverständnisses erfolgt mit der Betonung individueller Entwicklungswege.

Die Aussagen zu den *Anforderungen an das Personal und die in der Bewältigung erlebte Unterstützung* zeigen, dass mit einer zunehmend anspruchsvollen Klientel auch der Anspruch an Professionalität als höher empfunden wird. Die Unterstützung durch ein fachliches Umfeld wird im Vergleich mit der Psychiatrie als eher gering, die Anforderungen als hoch eingeschätzt. Vor allem bezüglich Umgang mit Gewalt bestätigt sich eine noch nicht ausreichend empfundene Unterstützung. Wo diese praxisnah und auf kritische Situationen bezogen angeboten wird, wird sie aber sehr geschätzt. Der Stellenwert der fachlichen Unterstützung durch Psychiatrie und Fachstellen wird auch für Planung und Schulung in der direkten Betreuung auf den Gruppen betont, da die Anforderungen im Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen über die Kerntätigkeiten und über die in der sozialpädagogischen Ausbildung erworbenen Fähigkeiten hinaus gehen. Als erschwerend werden auch die Koordination und Konsensfindung in den Teams aufgrund hoher personeller Fluktuation wahrgenommen, als unterstützend mehr Konstanz und erfahrenes Personal, sowie ein Sicherheit und Vertrauen förderndes Arbeitsklima.

Auch bezüglich der *strukturellen Bedingungen* zeigen sich die personellen Ressourcen als Problem, wenn es um die individuell angepasste Betreuung innerhalb des Gruppenkontexts und/oder um dyadische Elemente wie Kontaktpersonenarbeit geht. Ein Umstand, der sich einerseits aus den Betreuungsschlüsseln ergibt, andererseits auch konzeptionellen Strukturen zugesprochen wird, die nicht zu den Anforderungen passen, die sich für und durch diese Klientel stellen. Als erforderlich betrachtet werden die Individualisierung der Betreuungsangebote und spezifisches Fachpersonal, sowie die Anpassung von Gruppengrössen, resp. deren Zusammensetzung.

Die Vernetzung an den *Schnittstellen mit anderen Lebensfeldern* wurde vor allem im Zusammenhang mit Übertritten erwähnt. Für solche Übergänge, aber auch für die Zusammenarbeit mit Angehörigen werden mehr Aufmerksamkeit und eine verbesserte Information der direkt Betreuenden als notwendig erachtet. Dem Anspruch, sich mit schwierigen Klienten in ungeschützten, öffentlichen Räumen zu bewegen (als einem Teil von Normalisierung) begegnet das Personal mit gemischten Gefühlen, da die Anforderungen für alle Beteiligten steigen und Situationen dadurch potentiell kritisch werden.

5 Diskussion

Die vorliegende Studie verfolgte einerseits den Zweck zu untersuchen, wie bindungstheoretisch relevante Aspekte von Betreuenden von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung in ihrer praktischen Tätigkeit wahrgenommen und affektregulierend umgesetzt werden. Im Weiteren werden daraus Hypothesen zum Transfer bindungstheoretischer Konzepte in diese Betreuungstätigkeit generiert.

5.1 Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

Die Bindungstheorie bietet einerseits einen sehr direkten Zugang zur Erklärung von Verhaltens- und Erlebensmustern, der unmittelbar einleuchtet und aus der alltäglichen Beziehungserfahrung erschliessbar ist. Andererseits sind die Zusammenhänge gerade auch in Bezug auf die affektregulierenden Aspekte komplex. Im Theorieteil wurde nebst den Grundlagen der Bindungstheorie die frühkindliche Bindungsentwicklung als zentraler Kontext der intersubjektiven Entwicklung der Affektregulation und damit als Basis der zunehmenden Selbstorganisation dargestellt. Einerseits führen sichere Bindungen aufgrund der feinfühligen Beantwortung von Bindungsverhalten zu positiven Arbeitsmodellen von sich selbst (als liebenswert, mit positivem Selbstwertgefühl als Schutzfaktor) und von anderen Personen (als sicherer Hafen in Not und in Stresssituationen, sowie als sichere Basis für die Aktivierung des komplementären Explorationssystems). Andererseits ermöglichen sichere Bindungen intersubjektive affektive Austausch- und Lernprozesse und damit die Entwicklung einer effektiven individuellen und sozialen Emotionsregulation. Im Rahmen dieser, frühkindlich psychobiologisch und sensorisch geprägten, mit zunehmendem Alter durch non-verbales Verhalten modulierten Einstimmungs- und Synchronisierungsprozesse werden Emotionen kommuniziert. Durch das gegenseitige Einschwingen in Intensität, Takt, Rhythmus, Dauer und Ausdrucksformen wird nicht nur Stress reguliert im Sinne der Wiederherstellung von Sicherheit, sondern es werden auch Affekte moduliert im gemeinsamen Erleben von positiver Erregung, in der Affektübertragung und in Bezug auf die ersten Erfahrungen von Selbstregulation, wenn es der primären Bezugsperson gelingt, ihre eigenen Affekte positiv zu steuern und affektregulierend einzusetzen. Dies

erfordert ein feinfühliges Wahrnehmen von Affekten und deren kongruente, kontingente und angemessen markierte Beantwortung durch die Bindungsfigur, die ein Wahrgenommen-Werden als Mensch mit eigenständigen Gefühls- und Denkprozessen und damit ein Subjektivitätsgefühl vermittelt. Dieses Gefühl bildet die Voraussetzung dafür, sich selbst und andere als Wesen mit geistig-seelischen Zuständen zu betrachten, die innere und äussere Welt zu entkoppeln und eigene und andere psychische Zustände zu mentalisieren und damit der Reflexion und Selbstregulation zugänglich zu machen. Sichere Bindungen bilden den Kontext für die erfolgreiche Erforschung und Integration der psychischen Welt, während unsichere Bindungen zur Abwehr (vermeidendes Muster) oder zur übermässigen Fokussierung (ambivalentes Muster) emotionaler Inhalte führen, resp. im Falle einer desorganisierten Bindung nicht für die eigene Affektregulation genutzt werden können. Die affektive Qualität der frühkindlichen Bindungsbeziehung bildet damit die Basis für die Entdeckung von Affekten, deren Regulation innerhalb dieser Primärbeziehung, deren Anpassung und die Entwicklung einer differenzierten intrapsychischen und sozialen Selbstregulierung. Die Affektregulation, resp. -dysregulation wird als ein wesentlicher Mechanismus aller psychiatrischen Störungen angenommen. Eine gelingende Affektregulationsentwicklung bildet aus entwicklungspsychopathologischer Sicht die Basis der generellen Kompetenzentwicklung, auf der spezifische Kompetenzen der Resilienzentwicklung im Umgang mit Risikofaktoren entstehen können.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung führen vielfältige, biologisch und sozial bedingte Regulationsstörungen (Arousal, Affekt, Aggression, Sensorik, Motorik und emotionale Verarbeitung) zu Einschränkungen einer solchen Kompetenzentwicklung. Die Entwicklung sicherer Bindungen und damit die Gewährleistung ihrer affektregulierenden Funktion ist dadurch, durch Einschränkungen in der non-verbalen und verbalen Kommunikationsfähigkeit und durch atypisches Bindungsverhalten erschwert, die Anforderungen an die Bindungsfiguren sind entsprechend erhöht. Für die zentrale frühkindliche Phase besteht zudem die Gefahr, auf durch die Geburt eines Kindes mit Behinderung massiv verunsicherte Bezugspersonen zu treffen. Die Behinderung zeigt sich somit als doppelter Risikofaktor. Allerdings zeigen empirische Studien sowohl für Bindungsbeziehungen von Menschen mit Down-Syndrom als auch Autismus, dass die Entwicklung unsicherer Bindungsmuster durch eigene sichere Bindungsrepräsentationen und reflexive Fähigkeiten der Bindungsfiguren aufgefangen werden kann. Die Relevanz einer affektregulierenden, resp. darin unterstützenden Bindungsbeziehung geht allerdings weit über diejenige innerhalb einer normalen Entwicklung hinaus, da asynchrone Entwicklungsverläufe wie sie bei Menschen mit geistiger Behinderung gegeben sind, die emotionale Entwicklung beeinträchtigen und die Entwicklung psychischer Störungen begünstigen.

In empirischen Untersuchungen zeigt sich eine Überrepräsentation von desorganisierten und nicht klassifizierbaren Bindungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die Schutzfunktion sicherer Bindungsbeziehungen in einer durch Behinderung und all ihre Implikationen ge-

fährdeten Entwicklung bleibt - in Abhängigkeit vom individuellen Entwicklungsverlauf - bis ins Erwachsenenalter zentral. In der institutionellen Betreuung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung treffen solche Bedürfnisse grundsätzlich auf strukturelle und personelle Bedingungen, die potentiell Bindung und damit auch korrigierende Bindungserfahrungen ermöglichen. So zeigen aktuelle Forschungsergebnisse, dass die Möglichkeit, Betreuungspersonen als sicheren Hafen zur Regulation des Sicherheitsgefühls zu nutzen, in positivem Zusammenhang mit Wohlbefinden und einem angepassten Verhalten der Klientinnen und Klienten steht. Sie sind darin allerdings auf Bindungspersonen angewiesen, die besonders feinfühlig und reflektiert auf die oft schwierigen und externalisierenden, herausfordernd genannten Verhaltensweisen reagieren und bereit und fähig sind, als Bindungsfiguren in die psychische Integrität der Klientinnen zu investieren. Forschungen mit erwachsenen, institutionell betreuten Menschen mit geistiger und psychischer Beeinträchtigung zeigen, dass diese ohne Unterstützung in der Bewältigung von herausfordernden Situationen in massive Stresszustände geraten und die ohnehin beeinträchtigte Affektregulation nicht mehr gelingt. Die damit verbundenen Implikationen für die Betroffenen, die Betreuenden und das Umfeld sind vielfältig, mit dem institutionell gegebenen Gruppenkontext und der Heterogenität der Bedürfnisse ergeben sich zusätzliche Anforderungen in der Betreuung. Neben Feinfühligkeit und der eigenen Sicherheit in der Rolle als Bindungsfigur, resp. einer gut ausgebildeten Reflexionsfähigkeit zur Kompensation von Unsicherheiten, sind deshalb auch die Bedingungen zentral, unter welchen sich solche sekundären Bindungserfahrungen gestalten. Dazu gehören auf Seiten der Klientinnen weitere Voraussetzungen des Bindungsaufbaus, wie die Qualität des Ablöseprozesses von den primären Bezugspersonen und Vorerfahrungen in anderen Lebenskontexten, auf der institutionellen Seite die ausreichende und angemessene, physische und psychische Verfügbarkeit von potentiellen Bindungsfiguren.

5.2 Einordnung der Ergebnisse

Für die empirische Untersuchung wurde Bindungsrelevanz operationalisiert, indem kritische Betreuungssituationen in den Fokus der Befragung gestellt wurden, d. h. Situationen für die theoriegeleitet angenommen werden kann, dass sie Bindungsverhalten auf Seiten der Betreuten und Fürsorgeverhalten auf Seiten der Betreuenden auslösen. Die Wahrnehmung solcher Situationen, das Interventionshandeln darin und die Reflexion dazu bildeten die Dimensionen, auf welchen die subjektiven Erfahrungen von Betreuenden induktiv zu einem Kategoriensystem zusammengefasst wurden. Es umfasst zusammen mit den Aussagen zum institutionellen Kontext der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung diejenigen Aspekte, die von Betreuenden für das Verständnis kritischer Situationen eingebracht wurden. Sie werden im Folgenden kurz rekapituliert und in die theoretischen Bezüge eingeordnet.

In der *Wahrnehmung* kritischer Situationen dominieren verbale und manifeste Gewalt durch Klienten gegen sich selber und/oder andere, affektive Durchbrüche und Unzugänglichkeit in der Interaktion. Im Vorfeld werden Veränderungen im verbalen oder körperlichen Ausdruck, sowie im Kontaktverhalten wahrgenommen. Eskalationen werden teilweise auch als völlig unvermittelt eingeschätzt. Das beschriebene Problemverhalten lässt sich gut in die theoretischen Überlegungen zu nicht gelingender Affektregulation im Rahmen von hoch unsicheren und/oder desorganisierten Bindungsmustern einordnen. Dies zeigt sich auch in der hohen Gewichtung der wahrgenommenen interaktionellen Einflüsse der Betreuungsbeziehung, für welche die Beziehungsqualität (Vertrautheit, Klarheit) und die jeweiligen Stressoren der Betreuenden (Verfügbarkeit, Zielkonflikte) und der Klientinnen und Klienten (Interaktionsdichte, Kontingenz der Betreuung) im Zentrum standen. Diese Stressoren entstehen im Wesentlichen aus dem Gruppenkontext und aus situativen Bedingungen (personelle Wechsel, Veränderungen materieller, struktureller oder sozialer Art, zu hohe situative Anforderungen). Die Funktion der Betreuenden als sicherer Hafen zur Regulation von Affekt und Verhalten zeigt sich hier abhängig von der Ausprägung und dem Zusammenwirken dieser Faktoren.

Auf der *Interventionsebene* wird mit Zielen operiert, die sich primär an den aktuellen sozialpädagogischen Zielsetzungen der Normalisierung und des Empowerment orientieren. Die Ermöglichung der Teilhabe an einem möglichst normalisierten Alltag und die Vermittlung eines klaren Rahmens auf der Basis einer sicheren und wertschätzenden Beziehung werden dabei als Stabilisierungsfaktoren und Ziele der Betreuung gesetzt. Die Befähigung der Klienten zu einem gewaltfreien, adaptiven Verhalten steht im Vordergrund der formulierten Entwicklungsziele, die damit auch in kritischen Situationen auf Ressourcen setzen, die aufgrund von massivem Stresserleben der Klienten und misslingender Bindung, resp. dysregulierter Affektregulation nicht im üblichen Mass zu erwarten sind. Der Schutz des Umfelds und die Aufrechterhaltung des sozialen Rahmens bilden deshalb ebenso wichtige Interventionsziele. In den Beschreibungen des Interventionshandelns liegt der Fokus hingegen auf beziehungsgestützten Interventionen, gleichzeitig haben auch strukturelle Massnahmen einen hohen Stellenwert. Diese müssen allerdings in der Umsetzung durch die Betreuungsbeziehung gestützt werden. Zwischen den anspruchsvollen, klientenbezogenen, befähigenden Zielen, die für den ‚courant normal' formuliert scheinen und dem Interventionshandeln, für welches die Beziehung als hoch relevant eingeschätzt und zur Lenkung von kritischen Situationen eingesetzt wird, zeigt sich eine ‚reflexive Lücke'. Es kann vermutet werden, dass für die konzeptionelle Zielebene weniger bindungsrelevantes Wissen vorhanden ist als für die intuitivere Ebene des direkten Handelns. Weiter wirken vielfältige Einflüsse auf das Interventionshandeln, die die prototypisch dyadisch ausgelegte Bindungssituation in andere Bedingungen setzt (heterogener Gruppenkontext, Diskontinuität in der Betreuung, resp. hoher Koordinations-, Kooperations- und Informationsaufwand für die Interpretation der aktuellen Situation).

In der *reflexiven Auseinandersetzung mit kritischen Situationen* zeigt sich bereits bei den klientenbezogenen Überlegungen ein Bezug zur Qualität der Betreuungsbeziehungen; deren mangelnde Kontinuität, resp. Kontingenz wird neben den Anforderungen durch Alltagsbewältigung und Gruppenkontext als zentraler Belastungsfaktor für die Klientinnen betrachtet. Die Einordnung des situativ schwierigen Verhaltens der Klientinnen ist weniger deutlich, die Erklärungsebenen sehr vielschichtig, was sich auch in der dem Verhalten zugeschriebenen Funktionalität (kurzfristige Entlastung, Beschäftigung, Herausforderung/Kontakt) zeigt. Das emotionale Erleben der Klientinnen wird dabei weniger thematisiert, resp. die Interpretationen dazu werden allgemein gehalten und/oder relativiert. Es zeigt sich hier eine - mehr oder weniger ausgeprägte - Zurückhaltung in der Reflexion von psychischen Zuständen. Die Verknüpfung von beobachtbarem Verhalten mit mentalen Zuständen und das Zutrauen in deren Veränderungsmöglichkeiten ist eher gering, das Erleben wird als intern-stabiler Vorgang gewertet und Veränderungen direkt auf der Verhaltensebene angestrebt. Andererseits besteht in den Überlegungen zur Betreuungsbeziehung eine sehr deutliche Übereinstimmung darin, dass diese der Vermittlung von Sicherheit, Tragfähigkeit und Orientierung dient, was auf die implizite Annahme emotionaler Bindungsbedürfnisse schliessen lässt. Auch im Selbstverständnis der Betreuenden zeigt sich die Überzeugung, den Klienten durch die Beziehung Sicherheit vermitteln zu können. Die Vorstellung eines klaren Rahmens für das Verhalten und das Ziel der Beruhigung erscheinen hier als zentrale Begriffe. Auch in kritischen Situationen wird allerdings ein Anspruch auf Selbstbestimmung hoch gehalten, der sich als Widerspruch zum Gelingen der Selbstregulation zeigt und Unsicherheiten für die Beziehungsgestaltung und das Ausmass des Involvements mit sich bringt. Dies wiederum erhöht den Bedarf an emotionalen Regulationsvorgängen - durchaus bei allen Beteiligten. Instabilität in der Interaktion, Norm- und Erwartungsverletzungen und auch physiologische Begleitumstände von Stress erhöhen die situativen Anforderungen an eine bereits schon beeinträchtigte oder zusammengebrochene Affektregulation. Während die eigene Belastung von den Betreuenden vor allem im Umgang mit Gewalt thematisiert wird, scheinen die Ansprüche an die Beziehungsgestaltung zwar als hoch, aber nicht als persönlich problematisch, sondern als grundsätzlich bewältigbar wahrgenommen zu werden - es sei denn, die Handlungsoptionen sind erschöpft und die kritische Situation droht zu entgleiten.

In der eigenen Sicherheit und in Bezug auf das eigene Einfühlungsvermögen zeigen sich in den *vergleichenden Analysen* die deutlichsten Unterschiede: Ältere Betreuende sind sicherer in ihrem Rollenverständnis. Sie nehmen bezug auf ihre lange Erfahrung und bestehende Rollenkonzepte, die eine wertschätzende und auch affektiv besetzte hierarchische Beziehung und damit - nicht explizit, aber inhaltlich - die Eigenschaften einer potentiellen Bindungsfigur im Sinne von ‚stronger and wiser' beinhalten. Diese Sicherheit in der Rolle, die eigene Ruhe und das Zutrauen in die Bewältigung der Situation werden auch in kritischen Situationen als tragend erfahren und stützen die affektregulierende, beruhigende Funktion der Betreuungsbezie-

hung. Jüngere Betreuende zeigen sich experimentierfreudiger in der Gestaltung der Beziehung. Einfühlungsvermögen wird allgemein zurückgeführt auf die berufliche und explizit auch die persönliche Lebenserfahrung und wird entsprechend individuell definiert, resp. aufgefasst. Die insgesamt vielfältigen Unterschiede in den Beziehungen zu den Klientinnen lassen sich denn auch nicht auf die Persönlichkeit der Referenzklienten zurück führen, sondern scheinen stark von diesen Erfahrungen, persönlichen Eigenschaften und dem Ausmass der Vertrautheit in der Beziehung geprägt. Eine Rolle scheint allerdings die nonverbale und verbale Kommunikationsfähigkeit der Klienten zu spielen, die vor allem dort, wo die Kommunikation von Emotionen beeinträchtigt ist und/oder unverständlich bleibt zu sehr unterschiedlichen Zugängen und Interpretationen von Verhalten führt. Das zeigt sich auch im Einbezug des emotionalen Erlebens der Klientinnen in die Reflexion von kritischen Situationen, welche eine Beeinträchtigung der emotionalen Kommunikation implizit enthalten. Sowohl die Gewichtung, als auch die Tiefe der Reflexion dazu und die Berücksichtigung, resp. Interpretation von emotionalen Bedürfnissen für die Gestaltung des Beziehungsangebots sind sehr individuell. Im Arbeitsbereich zeigt sich diesbezüglich eine grössere Homogenität im Team als im Wohnbereich, was mit der Unterschiedlichkeit der Settings zu tun haben könnte (Klarheit der Rollen als ‚Chef' und als ‚Mitarbeitende' im Arbeitsbereich, Art der Zusammenarbeit im Team/homogenerer Dienstplan, andere soziale Situation etc.).

Solche Vergleiche müssten, um allgemeine Aussagekraft zu bekommen allerdings auf einer klar einzelfallbezogenen Basis gemacht werden, d. h. mit Einbezug der ganzen Fallgeschichte und aller systemisch relevanten Aspekte. Festgehalten werden kann, dass neben strukturellen Aspekten (Kontinuität der Betreuungsbeziehung, Rollensetting, Gruppenkontext) die Persönlichkeit von Betreuenden, ihr Einfühlungsvermögen in emotionale Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten, ihre Lebenserfahrung, die Langjährigkeit der Betreuungstätigkeit und die Erfahrung im Umgang mit psychischer Beeinträchtigung zu den wesentlichen Faktoren zählen, welche die Art der Reflexion zur Bedeutung der Beziehung in oder im Kontext kritischer Situationen bestimmen.

Zusätzliche Informationen liefern *Aussagen zum institutionellen Kontext der Betreuungstätigkeit*. Sie zeigen auf, welches (institutionell vermittelte) Aufgabenverständnis Betreuende haben, wie sie die Anforderungen einschätzen und wodurch sie sich in ihrer Tätigkeit unterstützt fühlen. Im Zentrum des Auftrags steht hier die individuelle Lebensqualität der Klienten auf der Basis von Teilhabe, Normalisierung und Empowerment. Allerdings betonen die Betreuenden, dass die entsprechenden Anforderungen im Kontext von Doppeldiagnosen über die Kerntätigkeit hinaus gehen und darum einerseits eine Individualisierung der strukturellen Bedingungen nötig machen, andererseits im Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen erfahrenes Personal und praxisnahe fachliche Unterstützung erfordern. Als unterstützend erlebt wird eine intensive Zusammenarbeit, sowohl im Team als auch mit dem fachlichen und dem persönlichen Umfeld

der Klientinnen und Klienten. Ein zentrales Anliegen ist auch, dass die besondere Herausforderung und Belastung in der Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnosen als solche anerkannt und von Vorgesetzten durch ein Vertrauen und Sicherheit förderndes Arbeitsklima unterstützt wird.

Zusammenfassend kann fest gehalten werden, dass innerhalb der ganzen Vielfalt der erhobenen Daten drei Themenfelder hervortreten. Deutlich wird die hohe Relevanz der Betreuungsbeziehung als ein zentrales Instrument in der Bewältigung kritischer Situationen. Diese zeigen sich für die Betreuenden kritisch in Bezug auf den Umgang mit verbaler und manifester Gewalt durch Klienten gegen sich selber und/oder andere, die hohe Eigendynamik affektiver Durchbrüche und entsprechende Herausforderungen in der Interaktion, die durch Unzugänglichkeit (Aggression, Rückzug) der Klienten geprägt ist. Die Interpretation des Verhaltens, resp. des affektiven Erlebens in kritischen Situationen und deren Umsetzung in angepasste Interventionen bilden ein drittes Themenfeld, in welchem sich nebst der Gewichtung von allgemeinen sozialpädagogischen Zielen und struktureller Verlässlichkeit (geschützter Lebensraum, Normen, Regeln, individuelle Anpassung von Strukturen) wiederum die Relevanz der Betreuungsbeziehung und der Interaktion zeigt.

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung lautete wie folgt:

Wie nehmen Betreuende von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen bindungsrelevante Aspekte in ihrer Tätigkeit wahr und wie werden diese in Bezug gesetzt zu Unterstützungsleistungen in der Regulation affektiver Prozesse?

In den erhobenen Daten und im daraus entstandenen Kategoriensystem zeigen sich vielfältige Bezüge, die sich bindungstheoretisch verorten lassen. Diese sind bei den Betreuenden weniger als explizite Wissensinhalte, sondern vielmehr in Form von subjektivem Beziehungswissen vorhanden, das auf unterschiedlichen und individuellen Konzepten von Beziehung beruht. Deutlich zeigt sich die hohe Relevanz der Betreuungsbeziehung im Interventionshandeln in kritischen Situationen. Diese ist allerdings für die klientenbezogene Zielebene nicht ausdifferenziert, fokussiert wird hier das nicht adaptive Verhalten von Klientinnen. Allerdings lässt sich aus dem Umstand, dass alle Betreuenden das Gefühl haben, den Klienten Sicherheit vermitteln zu können, auf die implizite Annahme entsprechender Bedürfnisse bei den Klientinnen schliessen. Das Zutrauen der Betreuenden in eigene vertieftere Interpretationen von emotionalem Erleben und Bedürfnissen der Klienten scheint - angesichts der Intensität der Beziehungen und des Engagements darin - erstaunlich gering. Dies könnte einerseits im Zusammenhang mit den psychischen Beeinträchtigungen der Klientinnen und Klienten stehen, die, auch bei deutlicher Symptomatik, eher unklar erfasst scheinen. Zudem scheinen die für kriti-

sche Situationen beschriebenen, massiven Stresszustände in ihrem Ausmass und in ihren Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit, die physiologische Erregung, die Affektregulation und das Interaktionsverhalten nicht richtig einzuordnen zu sein, da hier Strategien der zwischenmenschlichen Stressbewältigung aktiviert werden, die nicht aus dem Moment erklärbar sind, sondern auf der Basis von hoch unsicheren oder desorganisierten Bindungsorganisationen entstehen. Daraus resultierende, teilweise auch für das eigene Erleben und das Selbstverständnis der Betreuenden massive Eskalationen oder Veränderungen in der normalerweise möglichen Interaktion verunsichern, da sie nicht mehr innerhalb der üblichen - sozialpädagogisch zentralen - ressourcenorientierten Herangehensweise, sondern nur aus einem klinischen, entwicklungspsychopathologischen Verständnis heraus zugänglich sind. Die eigene Rolle als potentielle Bindungsfigur wird nicht explizit wahrgenommen, andererseits ist das Engagement, das Bemühen um gute, verlässliche und wertschätzende Beziehungen und adäquate und rechtzeitige Reaktionen in der Interaktion sehr hoch. Eine solche Betreuungsgestaltung wird generell als Rahmen für weitere Entwicklungen und auch für kritische Situationen als hoch relevant betrachtet. ‚Beziehung' als Instrument in der Betreuungstätigkeit wird aber nicht theoretisch hinterlegt und interaktionelle Ziele für die kritische Situation nicht spezifisch differenziert. Die Vermittlung von Sicherheit im Rahmen korrigierender Bindungserfahrungen beinhaltet die stellvertretende Übernahme, resp. eine angemessene Unterstützung in der aktuellen und habituellen Affektregulation. Dazu sind nebst einer sicheren Bindungsbeziehung affektmodulierende Techniken erforderlich. Diese konkrete Ebene findet eher wenig Entsprechung in den individuellen Beziehungskonzepten der Betreuenden und in einem entsprechenden Handlungsrepertoire.

5.4 Methodische Aspekte und Einschränkungen

Ein grundsätzlicher Entscheid in der Planung der Untersuchung war, bewusst nicht nach Bindung und Affektregulation zu fragen, d. h. die Befragten bezüglich der Fragestellung und der zugrunde liegenden Theorien nicht zu informieren, um die Antworten nicht zu beeinflussen. Die Operationalisierung von Bindungsrelevanz mittels der ‚kritischen Situation' und die Wahl eines narrativ-episodischen Ansatzes sollte aber sicherstellen, dass sich die Thematik zeigen kann, wenn sie für die Betreuenden genug subjektive Relevanz hat. Das hat sich mit den Ergebnissen deutlich bestätigt; im induktiv hergeleiteten Kategoriensystem zeigen sich vielfältige und deutliche bindungsrelevante Bezüge. Weiter hat sich die Triangulation innerhalb der Interviewmethoden (semantische und episodische Wissensanteile und zusätzliche, introspektiv ausgerichtete Fokusgruppe) und die Materialauswahl entlang unterschiedlicher Kriterien (Dimensionen) grundsätzlich bewährt. Die verschiedenen Perspektiven trugen zu einem dichten Kategoriensystems und zur Bildung einer vierten Dimension bei, die auch den institutionellen Kontext der Betreuungstätigkeit gewichtet. Generell wären auch andere Selektionskriterien denkbar gewesen, die weniger Überschneidungen innerhalb der Kategorien und ein übersicht-

licheres und schlankeres Ergebnis ermöglicht hätten. Allerdings entspricht die mehrfache Zuordnung von Inhalten der Vernetzung der vier Ebenen im Alltag und der Komplexität des Handlungsfeldes. Die vergleichenden Analysen mit Bezug auf Referenzklienten und zwischen den Untersuchungsgruppen liessen sich aufgrund der nach wie vor grossen Heterogenität der zugrunde liegenden Situationen nur bedingt durchführen, sie sind entsprechend grob und auf dieser Basis nicht zu verallgemeinern. Hier wären ausführliche, vergleichende Einzelfallanalysen zielführender. Andererseits steht die grosse Heterogenität des Samples für ein valides Abbild der Vielfalt an subjektivem Wissen und subjektiven Relevanzstrukturen von Betreuenden als potentielle Bindungsfiguren im Kontext kritischer und damit bindungsrelevanter Situationen.

5.5 Schlussfolgerungen und Hypothesenbildung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Aspekte auszumachen, die für einen Transfer bindungstheoretischer Konstrukte in die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung Beachtung finden sollten. Als Voraussetzung im Praxisfeld zeigen sich viel implizit vorhandenes Beziehungswissen und eine hohe Gewichtung des Beziehungsaspekts in der Betreuungstätigkeit, was korrigierende Bindungserfahrungen und damit die Arbeit an der aktuellen und habituellen Affektregulation im Rahmen von Betreuungsbeziehungen grundsätzlich möglich macht. Betreuungsbeziehungen haben dann affektregulierendes Potential in kritischen Situationen, wenn emotionale Bedürfnisse im Rahmen von Stresserleben und dysregulierten Affekten auf der Basis einer hoch unsicheren oder desorganisierten Bindungsorganisation als solche wahrgenommen und auch unter erschwerten Umständen, richtig interpretiert und adäquat beantwortet werden. Dazu ist ein Verständnis von bindungstheoretischen, entwicklungspsycho(patho)logischen, systemtheoretischen und stress- sowie emotionstheoretischen Aspekten hilfreich und eine adäquate, fallbezogene fachliche Unterstützung erforderlich. In der konkreten Betreuung geht es um ein Rollenverständnis als in kritischen Situationen primär affektregulierende Bindungsfigur und um persönliche und strukturelle Bedingungen, die diese Investition in die psychische Integrität der Klientinnen und Klienten gewichten und unterstützen. Die bindungstheoretische Konzeption von Bindungsfiguren als ‚stronger and wiser', eine ausgeprägte Feinfühligkeit und hohe reflexive Fähigkeiten, die eine Kompensation schwieriger Bindungsvoraussetzungen ermöglichen, sind als Bedingungen für eine entsprechende Betreuungsgestaltung gegeben. Sie stehen in sozialpädagogischen Praxisfeldern Zielen gegenüber, die stark auf Ressourcenorientierung und Entwicklung im Sinne von Normalisierung und Empowerment setzen. Die Rollen der Betreuenden sind darauf ausgerichtet, Selbstbestimmung und Befähigung zu eigenem Handeln zu unterstützen. Hier zeigt sich ein - allerdings nur vordergründiger - Zielkonflikt. In Bezug auf kritische Situationen sind bindungsrelevante Entwicklungsbedingungen ausschlaggebend für das Verhalten in der Interaktion, das sich im Rahmen der Aktivierung des Bindungssystems auf

verschiedenen Ebenen in unterschiedlich organisierter oder desorganisierter Form zeigt. Eine angemessene Reaktion von Bindungspersonen erfordert die situative Anpassung von Zielen, resp. deren Verlagerung auf die emotionale Regulation, die als Primat der Verhaltensregulation gesehen und auf die im Rahmen sicherer Bindungen affektregulierend eingewirkt werden kann. Erst wenn das Bindungssystem, in welcher Organisationsform auch immer, durch individuell angepasste geeignete Massnahmen deaktiviert ist, sind emotionale, motivationale, kognitive und intentionale Ressourcen für eine explorative und adaptive Auseinandersetzung mit der Welt wieder verfügbar. Es geht also nicht um ein ‚Entweder-Oder', sondern um die Beachtung von Zielhierarchien, besonders in kritischen Situationen.

Da das Bindungssystem aufgrund von Lebensgeschichte und Temperament und entsprechend individuellen Formen der Anpassung in sehr unterschiedlichen Situationen aktivert wird, sind empirische Muster nicht einfach auf einzelne Personen übertragbar. Dies gilt besonders auch bei asynchronen Entwicklungsverläufen, wie sie bei Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung in hohem Mass gegeben sind. Trotzdem bietet die Bindungstheorie einen konzeptionellen Zugang für Betreuungsbeziehungen, die auch in kritischen Situationen Sicherheit vermitteln und generell entwicklungsfördernd sein sollen. Für einen adäquaten Transfer bindungstheoretischer Konstrukte in die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung lassen sich folgende Hypothesen aufstellen:

- Der Umgang mit bindungsrelevanten Situationen, resp. Klientinnen und Klienten, deren Verhalten in kritischen Situationen besonders herausfordernd ist, erfordert eine Hierarchisierung sozialpädagogischer Zielkategorien: Psychisches Wohlbefinden und die entsprechende konkrete Unterstützung in der psychischen Integrität ist Zielen der Selbstbestimmung, Partizipation und Normalisierung als Voraussetzung voran zu stellen. Kritische Situationen, resp. die für Menschen mit hoch unsicherer oder desorganisierter Bindungsorganisation darin empfundenen Stresszustände, erfordern eine klare Priorisierung, sowie die situative Anpassung von Zielen für die Phasen von Prävention, Bewältigung und Nachbereitung.

- Eine explizite, konzeptionelle und strukturelle Berücksichtigung und Gestaltung der Rolle von Betreuenden als Bindungsfiguren ist hilfreich für die Bewältigung kritischer Situationen und bildet einen - auch im Erwachsenenalter nach wie vor - wesentlichen Faktor in der Unterstützung adaptiver affektregulierender Fähigkeiten und der Selbstorganisation.

- Ein bindungstheoretisch basierter Fokus hat einen hohen Erklärungswert für herausforderndes Verhalten als inadäquates Bindungsverhalten auf dem Hintergrund von emotionalen Bedürfnissen nach Sicherheit und Unterstützung in der Affektregulation. Auch ein ressourcenorientiertes Arbeiten muss die Bindungsfähigkeit von Klientinnen und Klienten als Bedingung für das Verhalten im Kontext kritischer Situationen anerkennen und Entwicklungsbedingungen und diesbezüglich aktuelle Lebensbedingungen einbeziehen.

- Für die Einzelfallbetrachtung sind auch diagnostische, v. a. den emotionalen Entwicklungsstand einbeziehende Verständigungsprozesse anzuregen, die herausforderndes Verhalten als Beeinträchtigungen der Selbstregulation im Rahmen psychischer Beeinträchtigung und hoch unsicherer oder desorganisierter Formen von Bindungsverhalten in kritischen Situationen individuell verständlich machen.

5.6 Weiterführende Überlegungen

Einen ersten - praktischen - Nutzen dieser Arbeit könnte das Kategoriensystem darstellen, indem es auf konkrete Betreuungssituationen hin adaptiert wird und relevante Faktoren einzelfallbezogen (und evtl. videogestützt) analysiert und für gemeinsame Austausch- und Lernprozesse genutzt werden. Für eine bindungstheoretisch präzisere Formulierung und Zusammenfassung des Kategoriensystems wäre allerdings eine theoriebasierte Überarbeitung erforderlich.

Wie in den referierten Forschungsergebnissen hat sich auch in dieser explorativen Untersuchung gezeigt, dass das empirische Potential für bindungstheoretische Themen in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung gross ist - dies gilt aus klinischer Sicht im Besonderen bei zusätzlicher psychischer Beeinträchtigung der Klientel. Die für grössere empirische Forschungen notwendige Gruppierung von Personen stellt bei Menschen mit geistiger Behinderung und entsprechend asynchronen Entwicklungsverläufen und atypisch ausgeprägter Symptomatik von psychischen Störungen allerdings eine Schwierigkeit dar. Forschungen zur Verteilung von Bindungsmustern innerhalb bestimmter Behinderungsbilder sind nicht zuletzt deshalb, aber auch in Bezug auf zu verwendende Messmethoden problematisch. Hier wären möglicherweise Zugänge (wie sie z. B. eine komparative Kasuistik ermöglicht) angebracht, die Aufschluss über die besonderen Anforderungen an Bindungspersonen bezüglich Feinfühligkeit und reflexiven Fähigkeiten geben. Auch im Zusammenhang mit der (institutionellen) Betreuung stellen sich interessante Fragen. So ist z. B. nicht untersucht, ob und wie die in der Bindungsforschung ersichtliche Tendenz, wonach Frauen in der mütterlichen Rolle Bindung unterstützen, während Väter deutlicher unterstützend sind für die Aktivierung des Explorationssystem, sich auf die ausserfamiliäre Betreuung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung übertragen lässt. Das wäre interessant, da sowohl die innerfamiliäre wie auch die institutionelle Betreuung deutlich überwiegend von Frauen geleistet wird. Es lassen sich hier Bezüge für die Analyse von Gender-Aspekten in der Betreuung vermuten, auch Zusammenhänge mit dem vermehrt externalisierenden Verhalten der männlichen Klientel sind denkbar. Allerdings stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Zunahme von herausforderndem Verhalten ausschliesslich einer zunehmend problematischen Klientel zuzuschreiben ist oder ob andere Faktoren einwirken. So ist z. B., wie mit der vorliegenden Untersuchung unterstrichen, anzunehmen, dass die im Arbeitsfeld dominierenden Zielkategorien der Selbstbestimmung (Autonomie), Partizipation und Normalisierung eher auf explorative Fähigkeiten im

Rahmen sicherer Bindungsverhaltensmuster setzen, während Wohlbefinden im Sinne einer psychischen Integrität als Basis für adaptive Entwicklungsprozesse stärker auf bindungsbasierte Unterstützung angewiesen wäre. In diesem Zusammenhang stellt sich weiter die Frage, wie sich die Stossrichtung dieses - in den letzten zehn Jahren erfolgten - Paradigmenwechsels in der allgemeinen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung für ebenda zu integrierende Menschen mit Doppeldiagnosen auswirkt.

Herausforderndes Verhalten fordert so betrachtet dazu heraus, die besonderen affektiven Bedingungen und emotionalen Bedürfnisse dieser Klientel für die Formulierung von Zielen und die Gestaltung der Betreuungsbeziehung besonders zu gewichten. Das ist leichter geschrieben als getan. Weitere Untersuchungen zu den entsprechenden (bindungs)-psychologischen Kompetenzen in der Betreuung und zu den erforderlichen fachlichen und institutionellen Rahmenbedingungen könnten hier unterstützend wirken - ebenso wie die Wertschätzung einer Arbeit, in der es gilt, unter erschwerten Bedingungen Herzen zu gewinnen und Vertrauen zu bilden, damit aus herausforderndem Verhalten gegenseitige Kooperation entstehen kann.

6 Literaturverzeichnis

Ahnert L. (2004). Bindung und Bonding. Konzepte früher Bindungsentwicklung. In: L. Ahnert (Hg.), *Frühe Bin dung* (S. 63-81). München: Reinhardt.

Ainsworth, M. D. S: (1985a). Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects on development. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61(9), S. 771-791.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment.* Hillsdale: Erlbaum.

Asendorpf, J. B. & Banse, R. (2000). *Psychologie der Beziehung.* Bern: Huber.

Auckenthaler, A. (1995). Klinische Einzelfallforschung. In: U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung (2. Aufl.), (S. 260-263). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Bailey, B. A., Hare, D. J., Hatton, C., & Limb, K. (2006). The response to challenging behaviour by care staff: Emotional responses, attributions of cause and observations of practice. *Journal of Intellectual Disability Research 50*(3), 199-211.

Baron-Cohen, S. (1995). Mindblindness. Cambridge: Bradford Books.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dt. Erstveröffentlichung). Giessen: Psychosozial Verlag. (Original erschienen 2004: Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment).

Bischof-Köhler, D. (2011). *Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend.* Stuttgart: Kohlhammer.

Bowlby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis* (2. Aufl.). München: Reinhardt. (Original erschienen 1988: A secure base. Clinical applications of Attachment Theory).

Bowlby, J. (1995). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung, Anwendung* (S. 18-26). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bowlby, J. (1982). Herstellung und Lösung affektiver Bindungen. In: *Das Glück und die Trauer* (S. 126-196). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1979: The making and breaking of affectional bonds).

Bowlby, J. (1975). *Bindung.* München: Kindler Verlag. (Original erschienen 1969: Attachment and Loss. Volume I, Attachment).

Bradley, S. J. (2000). Affect regulation and the development of psychopathology. New York: Guilford Press.

Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Buchheim, A. (2002). Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter. In: B. Strauss, A. Buchheim. & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung Theorien - Methoden - Ergebnisse.* (S. 214-230). Stuttgart: Schattauer.

Buchner, T. & Koenig, O. (2008). Methoden und eingenommene Blickwinkel in der sonder- und heilpädagogischen Forschung von 1996-2006 – eine Zeitschriftenanalyse. *Heilpädagogische Forschung Bd. 14,* 1, 15-34.

Bundschuh, K. (2003). *Emotionalität, Lernen und Verhalten- ein heilpädagogisches Lehrbuch.* Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Burkart, T., Witt, H., & Kleining, G. (2010). *Dialogische Introspektion - eine gruppengestützte Methode zur Erforschung des Erlebens.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Cicchetti, D., Ganiban, J. & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of highrisk population to understanding the development of emotion regulation. In: K. Didge & J. Garber (Eds.), *The development of emotion regulation* (pp. 15-48). Cambridge: Cambridge University Press.

Ciompi, L. (2005). *Die emotionalen Grundlagen des Denkens* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Clegg, J., & Sheard, C. (2002). Challenging behaviour and insecure attachment. *Journal of Intellectual Disability Research 46*(6), 503-506.

Clegg, J. A. & Landsdale-Welfare, R. (1995). Attachment and learning disability. *Journal of Intellectual Disability Research 39,* 295-305.

Cordes, H. & Cordes, R. Eltern als «Parent Professionals», Elterntraining als zentraler Wirkfaktor in der intensiven Frühförderung autistischer Kinder. In: F. Janz & K. Terfloth (Hrsg.), *Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung* (S. 169-191). Heidelberg: Universitätsverlag Winter, Edition S.

Damen, S., Kef, S., Worm, M., Schuengel, C. & Janssen, M. J. (2008). The effect of CONTACT on the quality interaction between persons with visual and intellectual disabilities and their care-givers. *Journal of Intellectual Disability research 52,* 772.

Daudert, E. (2002). Die reflective self functioning scale. In: B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 54-67). Stuttgart: Schattauer.

Daudert, E. (2001). Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. In: Psychologische Forschungsergebnisse. Bd. 82. Hamburg: Kovač.

Deppermann, A. (1999). Gespräche analysieren: eine Einführung in konversationsanalytische Methoden. In: Qualitative Sozialforschung (Bd. 3). Opladen: Lesk & Budrich.

De Schipper, J. C., & Schuengel, C. (2010). Attachment behaviour towards support staff in young people with intellectual disabilities: Associations with challenging behaviour. Journal of Intellectual Disability Research 54(7), 584-596.

De Schipper, J. C., Stolk, J. & Schuengel, C. (2006). Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behaviour problems. *Research in Developmental Disabilities 27,* 203-216.

De Wolff, M. & van IJzendoorn, M. (1997). Sensitivity and attachment: A meta analysis on parental antecedent of infant attachment. *Child development, 68,* 571-591.

Dornes, M. (2004a). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanalyse 20,* 175-199.

Dornes, M. (2004b). Psychoanalytische Aspekte. In: L. Ahnert (Hg.), *Frühe Bindung.* (S. 55-62). München: Reinhardt.

Došen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung*. Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 2008 in 3. bearb. Aufl.: Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap.

Dozier, M. Cue, K. L. & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers. Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 62,* 793-800.

Fahrenberg, J. (2002). *Psychologische Interpretation.* Bern: Huber.

Feldman, R., Greenbaum, C. W. & Yirmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology,* 35, 223-231.

Fischer, U. (2008). *Autonomie in Verbundenheit – Ablöseprozesse in Familien mit Angehörigen, die als schwer geistig behindert gelten.* Dissertation Humboldt Universität Berlin. http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/fischer-ute-2008-06-05/PDF/fischer.pdf

Flanagan, J. C. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin, 51*(4).

Flick, U. (2008). *Triangulation* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flick, U. (1999). *Qualitative Forschung: Theorien, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften* (4. Aufl.). Reinbek b. Hamburg: Rowohlt TB-Verlag.

Fonagy, P. & Target, M. (2006). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung.* Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2003: Psychoanalytic Theories - Perspectives from Developmental Psychopathology).

Fonagy, P. (2005). Der Interpersonale Interpretationsmechanismus. In: V. Green (Hg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* Frankfurt am Main: Brandes und Apsel.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst.* Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2002: Affect Regulation, Mentalization, and the development of the Self).

Fonagy, P. (2003). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart. Klett-Cotta. (Original erschienen 2001: Attachment Theory and Psychoanalysis).

Fremmer-Bombik, E. (2003). Frühe Bindungsstörungen und der Gang durch die Institutionen. In: H. Scheuerer-Englisch, G. J. Suess & W. K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Wege zur Sicherheit.* Giessen: (S. 175-189). Psychosozial-Verlag.

Frisch, M. (1976). *Die Tagebücher.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (2001). Adult Attachment Interview (Original 1985: The adult Attachment Interview. Unpublished manuscript). In: G. Gloger-Tippelt (Hg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 364-87). Bern: Huber.

Gloger-Tippelt, G. (Hg.).(2001). *Bindung im Erwachsenenalter.* Bern: Huber.

Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2005, 2. Aufl.). *Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Grossmann, K. E. (2004). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In: L. Ahnert (Hg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung (*S. 21-41). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns.* Frankfurt: Suhrkamp.

Hartmann, H.-P. (2005). Die Bindungstheorie - wiederentdeckt. In: M. Urban & H.-P. Hartmann (Hg.), *Bindungstheorie in der Psychiatrie.* (S. 13-31). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Holmes, J. (2001). *The search for the secure base*. Hove., London: Routledge.

Irblich, D. & Stahl, B. (Hrsg.). (2003). Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe.

Jacobs, L. (2006). That which enables. Support as complex and contextually emergent. *British Gestalt Journal 15/2,* S. 10-19.

Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research 46*(6), 445-53.

Jantzen, W. (2001). Vygotskij und das Problem der elementaren Einheit der psychischen Prozesse. In: W. Jantzen, (Hg.), *Jeder Mensch kann lernen – Perspektiven einer kulturhistorischen (Behinderten)-Pädagogik* (S. 221-243). Neuwied, Berlin: Luchterhand.

Julius, H.. (2009). Bindung und familiäre Gewalt, Verlust und Vernachlässigung. In: H. Julius, B. Gasteiger-Klicpera & R. Kissgen (Hrsg.), *Bindung im Kindesalter Diagnostik und Interventionen* (S. 13-26). Göttingen: Hogrefe.

Jungmann, T., & Reichenbach, C. (2009). *Bindungstheorie und pädagogisches Handeln ein Praxisleitfaden*. Dortmund: Borgmann Media.

Klauer, K. J. (2000). Forschungsperspektiven der sonderpädagogischen Psychologie. In: J. Borchert (Hg.), *Handbuch der sonderpädagogischen Psychologie* (S. 993-999). Göttingen: Hogrefe.

Klauss, T. (2010). Inklusive Bildung: Vom Recht aller, alles Wichtige über die Welt zu erfahren. *Behindertenpädagogik,* 49, 4, 341-374.

Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. aktual. Ausg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. vollst. überarb. Ausg.). Weinheim: Beltz.

Langfeldt, H. P. & Wember, F. B. (1994). 30 Jahre Heilpädagogische Forschung. Bestandesaufnahme und inhaltsanalytische Reflexionen. *Heilpädagogische Forschung,* 20, 187-198.

Lanwer-Koppelin, W. (1996). Diagnostik und Dialog mit Herrn M. In: W. Jantzen & W. Lanwer-Koppelin (Hrsg.), *Diagnostik als Rehistorisierung* (S.33-64). Berlin: Edition Marhold.

Legewie, H. (1987). Interpretation und Validierung biografischer Interviews. In: E. Jütteman & H. Thomae (Hrsg.), *Biografie und Psychologie* (S. 138-150). Berlin: Springer-Verlag.

Lingg, A., & Theunissen, G. (2000). *Psychische Störungen und geistige Behinderung - ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis* (4., völlig überarb. und aktualisierte Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Luxen, U. (2003) Emotionale und motivationale Bedingungen. In: D. Irblich.& B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung.* (S. 230-267). Göttingen: Hogrefe. S. 230-267.

Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization. Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 520-554). New York: Guilford.

Main, M. (1995). Desorganisation im Bindungsverhalten. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 120-139). Stuttgart: Klett-Cotta.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, meta cognitive monitoring, and singular vs. multiple models of attachment. In: P. Harris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the live cycle* (pp. 127-159). New York:, London: Routledge.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 19-124). Norwood, New York: Ablex.

Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken (10., neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Meins, E., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E. & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child development 73,* 1715-1726.

Merten, J. (2003). *Einführung in die Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien.* Stuttgart: Kohlhammer.

Merten, J. (1995). *Affekte und die Regulation nonverbalen, interaktiven Verhaltens. Psychoanalyse im Dialog, Bd. 3*. Bern: Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Rauh, H. (2004). Kindliche Behinderung und Bindungsentwicklung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung* (S. 313-331). München: Reinhardt.

Rauh, H. (1999). Entwicklungsprognose bei Down-Syndrom. In: R. Oerter, C. v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 195-217. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Rojahn, J., Lederer, M. & Tasse, M. J. (1995). Facial emotion recognition by persons with mental retardation. A review of the experimental literature. *Research of Developmental Disabilities, 16,* 393-414.

Rosenthal, R., & Rosnow, R. R. (2008). *Essentials of behavioral research*. New York: McGraw-Hill.

Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In: W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology (pp. 105-176). New York: Wiley.*

Sarimski, K. & Wiebel, A. (2009).Bildungsvoraussetzungen bei Kindern mit schweren Behinderungen. In: F.Janz & K. Terfloth (Hrsg.), *Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung* (S. 153-167). Heidelberg: Universitätsverlag Winter, Edition S.

Schanze, C. (2006). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Stuttgart: Schattauer.

Scheuerer-Englisch, H., Suess, G. J. & Pfeifer W. K. P (2003). *Wege zur Sicherheit - Bindungswissen in Diagnostik und Intervention*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Schleiffer, R. (2003). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung* (2. Aufl.). Weinheim: Votum.

Schore, A. N. (2009). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2003: Affect regulation and the repair of the self).

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant mental health journal, 22(1-2),* 7-66.

Schuengel, C., Kef, S., Damen, S., & Worm, M. (2010). "People who need people": Attachment and professional caregiving. *Journal of Intellectual Disability Research 54* (Supplement 1), 38-47.

Schuengel, C., Sterkenburg, P. S., Jeczynski, P., Janssen, C. G. C. & Jongbloed, G. (2009). Supporting affect regulation in children with multiple disabilities during psychotherapy: A multiple case study design of therapeutic attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 291-301.

Schuengel, C. & Janssen, C. G. C. (2006). People with mental retardation and psychopathology: Stress, affect regulation and attachment: A Review. *International review of research in mental retardation 32,* 229-260.

Senckel, B. (2006). *Du bist ein weiter Baum - Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung* (3., völlig überarb. Aufl.). München: Beck.

Senckel, B. (2003). Entwicklungspsychologische Aspekte. In: D. Irblich, D. & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 68-147). Göttingen: Hogrefe.

Seskin, L., Feliciano, E., Tippy, G., Yedloutschnig, R., Sossin, K. M., & Yasik, A. (2010). Attachment and autism: Parental attachment representations and relational behaviors in the parent-child dyad. *Journal of abnormal child psychology 38*, 949-960.

Siegel, D. J. (2006). *Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1999: The developing mind).

Sommer, M., Müller, J., Weber, T., & Hajak, G. (2004). Die Bedeutung von Affekt und Emotion für psychiatrische Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis, 31* (Supplement 1), 64-65.

Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf. In: R. Oerter., C. v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie.* Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 179-194.

Staemmler, F.-M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen - Empathie in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stemmer-Lück, M. (2004).*Beziehungsräume in der sozialen Arbeit.- psychoanlytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: lexithymia in medical and psychiatric illness.* Cambridge: Cambridge University Press.

Terfloth, K. & Janz, F. Forschung im Kontext geistiger Behinderung. In: F.Janz & K. Terfloth (Hrsg.), *Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung* (S. 153-167). Heidelberg: Universitätsverlag Winter, Edition S.

Trevarthen; C. (1990). Growth and education of the hemispheres. In: C. Trevarthen (Ed.), *Brain circuits and functions of the mind* (pp. 334-36). Cambrid3ge, UK: Cambridge University Press.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist 34,* 112-119.

Tyrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B. & Fallor, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 67,* 725-733.

Urban, M. (2005). Erwachsenen-Psychiatrie. In M. Urban & Hartmann, H.-P. (Hg.), *Bindungstheorie in der Psychiatrie* (S. 83-95). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Vygotskij, L. S. (1993). The diagnostics of development and the pedological clinic for difficult children. In. L. S. Vygotskij, *The fundamentals of defectology. Collected works, Vol. 2*. S. 241-291. New York: Plenum Press.

Vygotskij, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes.* Cambridge, UK: Harvard University Press.

Vygotskij, L. S. (1975). Zur Psychologie und Pädagogik der kindlichen Defektivität. *Die Sonderschule (2),* 65-72.

Zegers, M.A.M., Schuengel, C., Van Ijzendoorn M.H. & Janssens, J.M.A.M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry 76,* 325-334.

Zentner, M. R. (2004). Entwicklung primärer Bindungsbeziehungen. In: L. Ahnert (Hg.), *Frühe Bindung* (S. 175-197). München: Reinhardt.

Zimmermann, P. & Scheuerer-Englisch, H. (2003). Das Bindungsinterview für die späte Kindheit. In: H. Scheuerer-Englisch, G. J. Suess & W. K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Wege zur Sicherheit* (S. 241-276). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Zimmermann, P. (2002). Von Bindungserfahrungen zur individuellen Emotionsregulation: Das entwicklungspsychopathologische Konzept der Bindungstheorie. In: B. Strauss, A. Buchheim. & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung Theorien - Methoden – Ergebnisse* (S. 148-161). Stuttgart: Schattauer.

Zimmermann, P., Spangler, G., Schieche, M. & Becker-Stoll, F. (1995). Bindung im Lebenslauf: Künftige Perspektiven. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. (S. 311-332). Stuttgart: Klett-Cotta.

Zulauf-Logoz, M. (2004). Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In: L. Ahnert (Hg.), *Frühe Bindung* (S. 297-312). München: Reinhardt.

7 Anhang

A) Sampling/Untersuchungsgruppen

1) Übersicht Befragungsdesign und Kriterien Zusammenstellung
2) Fallübersicht und Gruppierung
3) Anfrage und Einverständniserklärung

B) Leitfaden Einzelinterviews

C) Input Fokusgruppe/dialogische Introspektion

D) Textauswertung exemplarisch Untersuchungsgruppe C/Interventionsziel

E) Betreuung im institutionellen Kontext; Paraphrasen/Kategorienbildung

F) Übersicht Kategoriensystem

A) Unterlagen Sampling/Untersuchungsgruppen

1) Übersicht und Kriterien

Befragungsform	Gruppierung	Kriterien	Zeitbudget (bezahlte Arbeitszeit)
Episodisches Interview (9 Einzel-interviews)	je drei Personen grup-piert um je 1 KlientIn* (* nicht involviert in Befragung)	potentielle Bindungspersonen: 6 Betreuende aus Wohnbereich, 3 Betreuende aus Atelierbereich (Ar-beit/Beschäftigung) 60 - 80 %-Pensum seit mind. 3 Jahren, Ausnahmen aufgrund Gruppendesign möglich	rund 10h
Dialogische Introspektion (1 Fokusgruppe)	5 Teilnehmende	Mind. 60 %-Pensum seit rund 8 Jahren (erfahren, spezifische Kompetenz)	rund 5h

2) Fallübersicht und Gruppierung

Fall	Geschlecht	Alter*	in dieser Arbeit tätig seit/ beruflicher Hintergrund	Arbeit mit Referenzperson XY seit
Einzelinterviews				
A1	Frau	B	6J., Sozialpädagogik im Zweitberuf	5 Jahren
A2	Mann	C	11J., Sozialarbeit in anderem Feld	7 Jahren
A3	Frau	C	20J., Quereinsteigerin	10 Jahren
B1	Frau	A	8J.; Fachperson Betreuung	6 Jahren
B2	Frau	D	20J., Quereinsteigerin	6 Jahren
B3	Frau	D	10J., Quereinsteigerin	5 Jahren
C1	Frau	D	30J., Sozialpädagogik	5 Jahren
C2	Mann	D	20J., Quereinsteiger	1 Jahr
C3	Frau	C	12J.; Sozialpädagogik	3 Jahren
Fokusgruppe/dialogische Introspektion				
D1	Mann	d	14J., Sozialpädagogik im Zweitberuf	----------
D2	Frau	d	20J, Psychiatriepflege	----------
D3	Frau	d	9J., Quereinsteigerin	----------
D4	Frau	b	9J.; Betreuerin	----------
D5	Mann	d	17J., Sozialpädagogik im Zweitberuf	----------

*****Altersgruppen: a=20-30 / b=30-40 / c=40-50 / d=50-60

3) Anfrage und Einverständniserklärung, Beispiel Fokusgruppe

Teilnahme Fokusgruppe an einem Forschungsprojekt im Themenfeld Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung

(schriftliche Ergänzung zu vorgängiger telefonischer Anfrage)

Die Thematik der sogenannten „Doppeldiagnose" hat auch für den Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung in letzter Zeit an Gewicht gewonnen und die Forschungstätigkeit in diesem Feld wurde intensiviert. Einen noch geringen Stellenwert haben darin die Sicht und die Erfahrungen des Personals, das in der direkten Begleitung mit diesem Klientel arbeitet.

Meine Masterarbeit soll diesem Aspekt Rechnung tragen.

Die allen psychischen Beeinträchtigungen gemeinsame, mehr oder weniger intensive Betroffenheit affektiver Prozesse kann psychiatrisch und/oder psychotherapeutisch angegangen werden. Unabdingbar ist aber Betreuungspersonal, das den Alltag und das Lebensfeld Betroffener angepasst begleitet. In dieser grundsätzlich sehr anspruchsvollen Tätigkeit kommt es auch immer wieder zu besonders kritischen Situationen, in denen Verhalten und Erleben der Beteiligten und das Zusammenwirken besondere Aufmerksamkeit erfordern.

Ihre Erfahrungen und Ihre Gedanken zu diesen Aspekten Ihrer Tätigkeit als Betreuungsperson sind deshalb von grossem Interesse und bilden den Gegenstand meiner Untersuchung. Kurz zusammengefasst geht es darum, dass Sie im Rahmen einer Gruppe von ca. fünf Personen über Ihre Erfahrungen nachdenken, diese mitteilen und den anderen zuhören, wie diese das auch bei Ihnen tun. Diese Form der Erhebung wird als dialogische Introspektion bezeichnet, es findet keine Diskussion des Ausgetauschten statt. Sowohl Ihre Aussagen, als auch die Angaben zu Ihrer Person werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Ausgewählt für diese Anfrage wurden rund fünf in der beschriebenen Betreuungstätigkeit erfahrene und bewährte Personen nach folgendem Kriterium:

Sie haben langjährige Erfahrung in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung. Als Richtwert dient dabei eine entsprechende Tätigkeit seit mindestens 8 Jahren in einem Mindestpensum von 60 %.

Ihre Mitarbeit erfolgt gemäss Absprache mit Ihrem Arbeitgeber innerhalb Ihrer Arbeitszeit. Der Einverständniserklärung im Anhang - diese wird anlässlich des Fokusgruppentermins unterzeichnet - entnehmen Sie zusammenfassend die weiteren Bedingungen.

Ein Termin wird so bald als möglich telefonisch für Januar oder Februar 2011 vereinbart. Für allfällige Fragen stehen Hanna Zihlmann und von Seite der Institution Frau XY gerne zur Verfügung.

Dezember 2010 Hanna Zihlmann / Vertreterin der Institution

Hanna Zihlmann *041 340 40 87* hanna.zihlmann@bluewin.ch

Einverständniserklärung

Ich wurde von Hanna Zihlmann angefragt, an der von ihr durchgeführten qualitativen Studie zum Thema Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung im Rahmen einer Fokusgruppe an einer dialogischen Introspektion teilzunehmen. Diese Studie ist Teil einer Masterarbeit in klinischer Psychologie an der zhaw (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften) und unterliegt folgenden Bedingungen:

Die Fokusgruppe wird zum Zweck der Transkription digital aufgezeichnet. Die Tonaufnahme wird anschliessend gelöscht, die Transkription anonymisiert und bei der Autorin der Studie während 10 Jahren gesichert aufbewahrt.

Die Autorin steht unter Schweigepflicht, behandelt die Daten vertraulich und verändert Merkmale, die Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen könnten.

Die Daten werden ausschliesslich im Rahmen der Studie verwendet.

Ich habe die obigen Punkte zur Kenntnis genommen und bestätige meine Teilnahme an der Studie.

Name:

_____

Ort und Datum:

_____

Unterschrift:

_____

B) Leitfaden Einzelinterview

(e = eher episodisch ausgerichtete, s = eher semantisch ausgerichtete Fragen).

Eröffnung/warm-up

In dieser Untersuchung geht es um die direkte Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung. Sie wurden für dieses Interview ausgewählt, weil Sie diese Tätigkeit kennen und ausüben und deshalb speziell gut darüber berichten können.

Einstiegsfrage

Was denken Sie, ist der allgemeine Zweck dieser Betreuungstätigkeit, welche Ziele sollen damit erreicht werden?

Um eine konkrete Bezugsebene für das Interview zu haben, ist der/die von Ihnen betreute XY als Referenzperson ausgewählt worden. Ich werde Sie in diesem Interview ab und zu bitten, mir Situationen, in denen Sie Ihre Erfahrung gesammelt haben, anhand dieser Person zu schildern.

Interviewkomplex A: Wahrnehmung kritischer Situationen

A1e Bitte schildern Sie ein Beispiel für eine kritische Situation (1) in der Betreuung von XY, bei der Sie beteiligt waren?
Was geschah vor, was nach der Situation? Wie ist sie entstanden?

A2e Für wen war die geschilderte Situation in welcher Art kritisch?

A3e Was hätte in dieser Situation anders verlaufen können?

A4e Können Sie weitere Beispiele kritischer Situationen mit YX schildern?

A5s Gibt es allgemeine Merkmale solcher Situationen?

Interviewkomplex B: Betreuungshandeln in kritischen Situationen

B1e Wie haben Sie in diesem Beispiel (1) gehandelt?

B2e Haben Sie während der Situation oder nachher noch andere Handlungsmöglichkeiten in Betracht gezogen?

B3e Was/welche Intervention/welches Verhalten haben Sie in dieser Situation als hilfreich-erlebt?

B4e Was/welche Intervention/welches Verhalten haben Sie in dieser Situation als ungünstig erlebt?

B5s Welche Reaktion oder Veränderung beabsichtigen Sie mit Ihrem betreuerischen Handeln in kritischen Situationen?

Interviewkomplex C: Reflexion kritischer Situationen

C1e Was denken Sie, wie fühlt sich XY in der beschriebenen Situation (1)?
Wie schätzen Sie Ihren Einfluss darauf in der konkreten Situation ein?

C2e Wie gestaltet und/oder verändert sich Ihre Beziehung zu XY in dieser Situation (1)?
Wie erleben Sie XY und sich selbst in der Interaktion?

C3s Was bestimmt Ihrer Meinung nach kritische Situationen?

C4s Woran erkennen Sie kritische Situationen in der Entstehung?

C4s Was bestimmt Ihr Handeln in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung?
Was/welche Fähigkeiten kommen Ihnen dabei zugute?
Was ist evtl. hinderlich?

C5s Was ist Ihrer Erfahrung nach das spezifisch zu Leistende in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung?

C6s Was bedeuten diese Erfahrungen für Sie persönlich/für Ihre Tätigkeit als BetreuerIn?

Gibt es jetzt sonst noch etwas, das Sie zum Thema direkte Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung sagen möchten - einen in ihren Augen wichtigen Aspekt, über den wir bisher noch nicht gesprochen haben?

Dank und Beenden des Gesprächs.

C) Input Fokusgruppe

Input Fokusgruppe/dialogische Introspektion

(Einstieg mit kurzem Audioausschnitt aus Einzelinterview)

In dieser Untersuchung geht es um die direkte Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung. Sie wurden für diese Gruppe ausgewählt, weil Sie diese Tätigkeit kennen und ausüben und aufgrund Ihrer langjährigen Erfahrung speziell gut darüber berichten können. Dabei geht es, wie bereits mündlich und schriftlich mitgeteilt, nicht um einen direkten Austausch, sondern darum, dass Sie über Ihre Erfahrungen nachdenken, diese für sich fest halten und dann mündlich berichten, resp. den andern zuhören. In einer zweiten Runde haben Sie dann Gelegenheit zu Ergänzungen ihres Introspektionsberichts.

Die Fragen werden auf einem flip-chart sichtbar gemacht, sie werden mündlich eingeführt, resp. es wird Gelegenheit zu Nachfragen gegeben und sie liegen den Beteiligten nebst Schreibzeug und Papier schriftlich vor.

Was denken Sie, ist der allgemeine Zweck dieser Betreuungstätigkeit, welche Ziele sollen damit erreicht werden, sind sinnvoll ?

Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an kritische Situationen in Ihrer langjährigen Betreuungstätigkeit zurückdenken? Was macht Situationen zu kritischen Situationen?

Welche Aspekte halten Sie für besonders wichtig in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Beeinträchtigung?

Wie bilanzieren Sie Ihre Erfahrungen? Was bedeuten Ihnen diese Erfahrungen beruflich/persönlich?

D) Exemplarische Textauswertung für Untersuchungsgruppe C / Kategorienbildung Interventionsziel

Die Textstellen wurden in einem ersten Schritt paraphrasiert und als neue Kategorie erfasst oder einer bestehenden zugeordnet. Danach wurden die Paraphrasen zum Thema Interventionsziel für jedes Interview (Einzelfallebene) zusammengefasst. Auf der Ebene Referenzfall (hier Untersuchungsgruppe C) wurde ebenfalls eine inhaltliche Zusammenfassung erstellt. Besondere Unterschiede/Gemeinsamkeiten wurden mit vergleichenden Kommentaren erfasst.

	Beispiele Originaltextstellen	**Paraphrasen**	**Zusammenfassung Einzelfallebene**	**Zusammenfassung Referenzfall**	***Kommentar/ Vergleiche***
transC1	Und (…), dass er jetzt einfach so macht (zeigt Abwehrgeste vor). Und das musst du einfach sehen und dann machst du zwei Schritte zurück. Und dann ist auch gut	Para: Klient bekommt Mittel zur Selbststeuerung in die Hand.	Risiken senken, angstfreie Arbeitsatmosphäre für Personal, Wertschätzung Klient auch bei nicht gelingendem Verhalten, Verständnis für Ausdruck verbessern und gewaltfreie Ausdrucksmittel ermöglichen	C/ Risikominimierung für Umfeld, angstfreie Atmosphäre, Vermeidung und/oder selbstregulierte, gewaltfreie Bewältigung von überfordernden Situationen auf Basis einer sicheren, wertschätzenden Begleitung	*Gute Atmosphäre für alle Beteiligten, Schutz vor Überforderung und daraus resultierender Gewalt als gemeinsames Ziel aller Beteiligten, hohe Übereinstimmung*
transC1	Aber wir haben schon, diese Situationen, die haben wir jetzt schon entschärfen können.	Para: Situationen entschärfen, Risiko senken.			
transC1	Das Ziel ist, dass, /eh/, Mitarbeiterinnen keine Angst mehr haben müssen. Also auch Sicherheit haben, dass sie nicht geschlagen werden. Und dass XY nicht mehr schlagen muss. Weil ihm geht es ja im Nachhinein immer sehr schlecht. Und dass wir diese Situationen bewältigen können zur Zufriedenheit von ihm und von den Mitarbeiterinnen.	Para: Angstfreie Arbeitsatmosphäre für Personal, Bewältigung von Situationen zur Zufriedenheit aller, andere Möglichkeiten als Schlagen für Klient.			
transC1	Und dass er immer weiss, auch wenn er jetzt halt, also wenn es ihm nicht gelingt, sich so zu benehmen, wie wir das eigentlich wünschen, dass er, /eh/, trotzdem nicht mit irgend einem Liebesverlust oder mit weiss ich nicht was, rechnen muss.	Para: Klient soll auch bei nichtgelingendem Verhalten keinen Liebesverlust o.ä. erleiden.			
transC1	Und ich versuche immer, das möglich zu machen, dass er sich äussern kann, was ihm jetzt gerade fehlt. Ich möchte eigentlich, dass es ihm gut geht und dass ich ihn verstehe in seiner, seiner Wahrnehmung. Und das ist eigentlich so ein bisschen das.	Para: Kontakt, Möglichkeit zu äussern, was Situation schwierig macht, individuellen Ausdruck verstehen			

transC2	Er weiss, wenn ich da bin, dann fühlt er sich sicher, er wird auch ernst genommen. Weil wie gesagt, ich sage ihm auch, was gut ist und was nicht gut ist. Was geht und was nicht geht. Und ich sage nie etwas, was auch nicht machbar ist, sondern immer das, was machbar ist.	Para: Klient soll sich sicher fühlen, ernst genommen werden und informiert sein.	Vermitteln von Sicherheit, Ernstnehmen und Informiertheit		
transC3	Das haben wir ja dann wirklich auch anders gelöst, dass er gar nicht mehr gross in solche Situationen kommt, oder in einen solchen Menschenauflauf	Para: Vermeiden von als kritisch bekannten Situationen, individuell gute Lösungen	Vermeiden kritischer Situationen/individuelle Anpassungen, gewaltfreie Bewältigung von bedrängenden Situationen, Sicherheit und Akzeptanz als Person vermitteln, positive Veränderung des Verhaltens, Schutz der Beteiligten		
transC3	Dass es nicht weiter geht. Oder, dass es sich nicht aufbaut	Para: Eskalation vermeiden			
transC3	Das Fernziel ist ja, ihm klar zu machen, „Hei, wenn du in Bedrängnis bist, kannst du das anders lösen, als gleich auf jemanden los zu gehen“.	Para: Klient soll andere als gewalttätige Bewältigungsstrategien für bedrängende Situationen entwickeln			
transC3	die Betreuerin und ihn auch zu schützen	Para: Schutz für Klient selbst und Betreuungsperson			
transC3	ich versuche mein Möglichstes, dass es ihm wieder gut geht, dass er aber auch checkt, was im Rahmen möglich ist und was nicht, oder, das heisst Zuschlagen geht nicht und mich dünkt es, es geht ihm nachher dann jeweils nicht so schlecht.	Para: Wohlbefinden Klient wieder herstellen, Regelverletzungen aufzeigen.			
transC3	doch, ist es schon, also nicht, dass ich ihn dafür lobe, dass er jemanden schlägt, oder, aber das hat dann nicht direkt mit dem Gefühl zu tun, also ich versuche, ihm einfach zu zeigen, dass er nicht tun kann, was er will, aber /eh/ trotzdem ist er akzeptiert hier, das versuche ich zu vermitteln, oder, „Du bist trotzdem hier /eh/ gewollt“ oder, das ist ja klar	Para: Akzeptanz nicht für gewalttätiges Verhalten, aber für Klient als Person vermitteln.			
transC3	Und /eh/ ich merke so bei Bewohnern, die autistische Züge haben, so kontinuierlich die gleichen Abläufe, oder so als Sicherheit /eh/, dass das ihnen Halt gibt.	Para: Sicherheit vermitteln durch Kontinuität in den Abläufen.			

E) Dimension: ‚Betreuung im institutionellen Kontext'; Paraphrasen/Kategorienbildung

Dokument	Paraphrase	Kategorien
		Interpretation Betreuungsauftrag
transA1	Para: Normalisierung und andere Art der Begleitung als in Psychiatrie fördert Entwicklung	Alltagsunterstützung, eine gute individuelle Lebensqualität, Wohlbefinden und Zufriedenheit, Wertschätzung als Person mit Recht auf Privatsphäre, Förderung und Zielerreichung entlang persönlicher Ressourcen
transA3	Para: Integration in möglichst normales Umfeld nach Psychiatrie	
transB1	Para: Unterstützung im Alltag, in der Bewältigung von Arbeiten auswärts und im Haushalt	Integration in möglichst normales Umfeld, Normalisierung als Entwicklungsförderung und Vermeidung von dauerhafter Psychiatrieplatzierung, auch wenn dafür andere Einschränkungen in Kauf genommen werden müssen
transB3	Para: Unterstützung und Wertschätzung für eigenen Weg	
transC1	Para: Sinn, Zufriedenheit, Stolz und Wertschätzung in der Arbeit, auch im Dabeisein ermöglichen	
transC2	Para: Zufriedenheit, Glück, ein guter Tagesablauf und das Erreichen von Zielen	Individuellen Weg wertschätzen, durch Rahmen und Spielraum befähigen, Dinge selbst zu tun, Herausforderung an Umfeld von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geht da über Rahmen der normalen Kernaufgaben hinaus.
transC3	Para: Lebensqualität heisst Rahmen und Spielraum, wie in Leitlinien festgehalten, kein Verhätscheln, auch Befähigung, Dinge selbst zu tun, Ressourcen zu nutzen.	
transD	Para. ein möglichst gutes Leben möglich machen auf Wohngruppe	
transD	Para: Individuelle Lebensqualität, Ressourcenorientierung und Bewusstheit für Spannungsfeld privater Lebensraum und professionelle Betreuung	
transD	Para: Gute Lebensqualität und Wohlbefinden, Balance zwischen Fördern und Überfordern.	
transD	Para: Herausforderung mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und Anspruch an sich selbst und Umfeld geht über Leitbild mit normalen Kernaufgaben hinaus.	
transD	Para: Eine gewisse Normalisierung und Vermeiden von Dauerpsychiatrie, auch wenn dazu halt Einschränkungen in Kauf genommen werden müssen.	

		Personal; Anforderung und Unterstützung
transA1	Para: Gewaltschulung wirkt unterstützend	Anspruch an Professionalität aufgrund anspruchsvollerem Klientel gestiegen, in Bezug auf Betreuung und Dokumentation höher als in Psychiatrie ohne entsprechende Unterstützung, wenn auch mittlerweilen auf gutem Weg
transB2	Para: Personal kommt und geht, immer wieder von vorne mit Einarbeiten beginnen	
transB2	Para: Jahrelanges Durchwursteln sollte durch Schulung neuer Leute und Planung der Arbeit auf Gruppen durch Fachleute verhindert werden.	
transB2	Para: Weiterbildung zu Gewalt ist nur dann unterstützend, wenn konkrete Beispiele auch wahrgenommen und manchmal handfeste Realität nicht beschönigt wird.	
transB2	Para: Anspruch an Betreuung und Dokumentation höher als in Psychiatrie ohne entsprechende Unterstützung	Belastung des Personals ist spürbar, zeitlicher und ökonomischer Druck steigen, hohe Pensen sind Problemen massiv ausgesetzt, Thema Gewalt sehr belastend, Unterstützung durch Supervision und Gewaltschulung hilfreich, wenn an Realität im Betreuungsalltag orientiert, gute Planung von Übertritten und Zusammenarbeit mit Psychiatrie und internen Fachstellen zentral
transB2	Para: Mehr Konstanz und genug älteres und erfahrenes Personal im Team wären zentral für Umgang mit Gewalt und psychischen Dingen.	
transB3	Para: Vollpensen können zu Ermüdung führen, Grenzen der Belastbarkeit in Betreuung spürbar	
transC2	Para: Übertritte werden heute besser vorbereitet, man hätte sich viel Schwieriges und Gewalterfahrungen sparen können in der Vergangenheit.	
transC2	Para: Institution ist jetzt - wenn auch zu spät - auf gutem Weg mit fachlicher Unterstützung.	Erkennen von psychischen Problemen nicht Bestandteil der Ausbildung in Sozialpädagogik, Fachleute sollten in Planung und Schulung direkt vor Ort unterstützen, zu hohe Personalfluktuation und Einarbeitungsaufwand, unterschiedliche Betreuungsstile sind anforderungsreich in Teamarbeit; mehr Konstanz und erfahrenes, älteres Personal, ein gutes Arbeitsklima und Vorgesetzte, die Belastung anerkennen und Vertrauen und Sicherheit fördern, wirken unterstützend.
transC3	Para: Freiwilliges Angebot Gewaltsupervision sehr wichtig, da durch hohes Pensum dem Thema schon recht ausgesetzt.	
transD	Para: Ausbildung Sozialpädagogik enthält Erkennen von psychischen Problemen nicht.	
transD	Para: Altersunterschiede im Team zeigen sich auch im Betreuungsstil, Anforderung in Zusammenarbeit	
transD	Para: Gerade im sehr herausfordernden Thema Gewalt ist Zusammenarbeit mit Psychiatrie und internen Fachstellen wichtig.	
transD	Para: Anspruch an Professionalität, aber auch Belastung aufgrund Komplexität, anspruchsvollerem Klientel, Zeitdruck und ökonomischen Vorgaben zunehmend	
transD	Para: Fachliche Unterstützung ist wichtig und auch gutes Arbeitsklima und Vorgesetzte, die Belastung anerkennen und Vertrauen und Sicherheit ermöglichen.	

		strukturelle Bedingungen
transB1	Para: 1:1-Arbeit über längere Zeit ermöglichte beeindruckende Zusammenarbeit, da hohe Konstanz statt viele Personalwechsel jeden Tag	Betreuungsverhältnis von mehr als 1:1 entspricht trotz Erfolgen mit Einzelbetreuung leider Realität, Konstanz und Kontinuität in Kontaktpersonenarbeit nicht mehr gemäss Konzept gewährleistet
transB1	Para: Mehr als eine Person zu betreuen ist halt Realität.	
transB2	Para: Klient soll hier Zuhause haben, auch bezüglich Gruppenzusammensetzung und Zuhause soll als solches von Betreuenden respektiert sein.	
transB2	Para: Kontaktarbeit kann aufgrund vieler personeller Verschiebungen und gegenseitigem Aushelfen nicht mehr konzeptgetreu geleistet werden.	
transB2	Para: Aufnahme und auch Abgabe von Psychopharmaka selbstverständlich, aber offene Deklaration der psychischen Beeinträchtigung nicht.	Anerkennung der psychischen Beeinträchtigung; Konzept stimmt so nicht mehr für diese Klientel, gleiche Strukturen für alle werden nicht gerecht, strukturelle Gewalt kommt vor, Gruppenzusammensetzung und Grösse zu anforderungsreich, individuellere Formen, weniger Standardisierung und spezifisches Fachpersonal erforderlich
transC1	Para: Gleiche Strukturen für alle werden der Durchmischung des Klientels und damit den Einzelnen nicht gerecht, es fehlt halt an finanziellen und zeitlichen Ressourcen.	
transC2	Para: Nichts zu sagen an Basis, aber Konzept stimmt nicht so ganz, viel Drumherum und nur in der Theorie passt es	
transC2	Para: Für dieses Klientel wären spezielle Aufgaben und kleinere Gruppen wichtig, ein kleinerer Rahmen auch in der Arbeit.	
transD	Para: Auch strukturelle Gewalt kommt immer wieder vor.	
transD	Para: Individuellere Betreuungsformen, weniger Standardisierung, kleinere Gruppen und spezfisches Fachpersonal notwendig für dieses Klientel	
transD	Para: Leider entstehen aufgrund politischer und finanzieller Lage eher grössere statt kleinere Gruppen.	
		Schnittstellen mit anderen Lebensfeldern
transA3	Para: Öffentlichkeit ist heikles Feld, Bild der Arbeit nach aussen ist wichtig	Übertritte aus Sonderschulen und aus Psychiatrie erfordern viel Anpassung, sind als wichtige Schnittstellen gut vorzubereiten
transB3	Para: Übertritt von Psychiatrie belastet, Klient in schlechtem Zustand, schlechte Information	
transB3	Para: Unverständnis und Einmischung von aussen, da Institutionsgelände auch öffentlicher Raum	
transB3	Para: Begegnung mit Öffentlichkeit gut, aber anspruchsvoll in Betreuung, hat Grenzen.	Einstellungen von Angehörigen haben grossen Einfluss, ist im Alltag spürbar, Zusammenarbeit läuft nicht direkt an Basis, es gilt Klient zu nehmen wie er ist.
transC2	Para: An Basis nichts zu sagen, aber vermehrte Zusammenarbeit mit Eltern hätte positiven Einfluss	
transC3	Para: Persönliche Verarbeitung der Behinderung durch Angehörige und Einstellung zu Institution als "unterste Stufe" ist problematisch.	
transC3	Para: Loslassen und Akzeptieren durch Angehörige spielt wichtige Rolle, Gespräche dazu in Aufgabenbereich der Leitung, in direkter Arbeit Klient nehmen wie er ist	Bild der Arbeit nach aussen ist wichtig, Öffentlichkeit ist schwieriges Feld für Betreuung, Begegnung nicht immer positiv, hat Grenzen.
transC3	Para: Übertritte aus Sonderschulen mit besserem Personalschlüssel sind sehr anforderungsreich, erfordern viel Anpassung.	

F) Übersicht Kategoriensystem

Dimension Wahrnehmung kritischer Situationen

Hauptkategorie: Situatives Verhalten KlientIn Aussagen zu Klientenverhalten, das Situationen kritisch macht	
Subka-tegorien	eingeschränkte Zugänglichkeit und Reaktivität, Kontaktabbruch
	Kontrollverlust in Verhaltensregulation, Ausbrüche
	Gewaltanwendung gegen sich und/oder andere
Hauptkategorie: Anzeichen Aussagen zu Anzeichen in der Entstehung kritischer Situation auf Seiten KlientIn	
Subka-tegorien	Belastung im Vorfeld spürbar; Anzeichen im verbalen und/oder körperlichen Ausdruck
	verändertes Verhalten, Nähe-Distanz-Regulation, Kontaktverhalten
	keine Anzeichen
Hauptkategorie: Interaktionelle Einflüsse Aussagen zu interaktionellen Faktoren zwischen KlientIn und Betreuenden, die Entstehung/Verlauf einer kritischen Situation direkt beeinflussen	
Subkategorien	Personell • Stress, Druck, Situationskompetenz der Betreuenden, Reaktionsmöglichkeit • Befinden, Angst vor Kontrollverlust
	Beziehung • Mass der Vertrautheit in Beziehung, Stand des Beziehungsaufbaus bei Personalwechsel • Anerkennung der Betreuenden als Autorität durch Klientel
	Klientel • Dichte, Komplexität und Gleichzeitigkeit von Interaktionen • Übersichtlichkeit und Klarheit für Klientel
Hauptkategorie: Gruppenkontext Aussagen, die kritische Situationen im Kontext der Gruppendynamik beschreiben	
Subkatego-rien	Beeinträchtigung der ganzen Gruppe
	Verschlimmerung der Situation durch negative Reaktionen in der Gruppe aufgrund Belastung/ Bedrohung
	Gruppensetting als anspruchsvoller Rahmen, erhöhter Betreuungsbedarf und Zielkonflikte für Betreuende
Hauptkategorie: Situative Kontextbedingungen Aussagen zu Umständen, die potentiell kritisch oder unmittelbar auslösend einwirken	
Subkategorien	Veränderungen • in der Medikation • im Tagesablauf/in der Wochenstruktur • in der personellen Kontinuität der Betreuung • offene Entscheidungen, Informiertheit zu Veränderungen
	zu hohe situative Anforderungen • (räumliche) Enge, Reizeindrücke • Leistungserwartungen, Erwartungen an Verhalten • Transfersituationen, besondere Ereignisse

Dimension Interventionshandeln in kritischen Situationen

Hauptkategorie: Interventionsziele Aussagen zu Zielen der unmittelbaren Interventionen und der Betreuung im Kontext kritischer Situationen	
Subkategorien	Stabilisierung • Teilhabe an möglichst "normalisiertem" Alltag ausserhalb Psychiatrie • Vermittlung eines klaren Rahmens auf wertschätzender, sicherer Beziehungsbasis • Beruhigung, gewaltfreie Bewältigung von kritischen Situationen
	Entwicklungsorientierung • Normalisierung von Verhalten • Übernahme von Verantwortung für eigenes Verhalten • Entwicklung eigener Strategien im Umgang mit kritischen Situationen
	Schutz des Umfeld • Risikominimierung und Lebensqualität für Umfeld • Aufrechterhaltung des Gruppenalltags • angstfreie Atmosphäre
Hauptkategorie: Interventionsinhalte Aussagen zu Interventionen direkt in oder bezogen auf kritische Situation (Prävention, Krisenintervention, Nachbereitung)	
Subkategorien	Unterstützung • Beachtung von Schutzbedürfnissen und Zutrauen in Fähigkeiten/eigene Lösungen • geduldiges und verlässliches Beziehungsangebot • situative Einzelbegleitung, enge Führung, Übernahme von Verantwortung
	Regulation • autoritäres oder spielerisches Unterbinden des Verhaltens • Time-out unter Aufrechterhaltung des Beziehungsangebotes • Aufnehmen und Spiegeln des Befindens • Aufbau von Mitteln zur Selbstregulation • Notfallmedikation
	Strukturierung • Alltagsstrukturierung • klare Information zu Regeln und Umgang mit Grenzverletzungen • möglichst individuell angepasste und flexible strukturelle Massnahmen • Optimierung situativer Faktoren
Hauptkategorie: Interventionsbedingungen Aussagen, zu unmittelbar wirkenden Einflüssen auf das Interventionshandeln in kritischen Situationen	
Subkategorien	Strukturell • Einschränkung der Interventionsmöglichkeiten durch Gruppensituation • heterogene Zusammensetzung der Gruppe • Räumlichkeiten und Abläufe
	Personell • Fluktuation (Arbeitsplan, Personalwechsel); Informationsfluss, Absprachen, gemeinsame Reflexion und Ausrichtung in Haltung und Handeln, Integration verschiedener Betreuungsstile • Bedingte Anwendbarkeit von Handlungsschemata • Ausmass Gesamtbelastung wirkt auf direkte Klientenarbeit
	Kooperation mit Umfeld • fachlicher Austausch mit Fachstelle und Psychiatrie und Unterstützung in situationsbezogener Umsetzung, Koordination und gemeinsames Vorgehen innerhalb Institution • Intensität und Qualität der lebensgeschichtlichen Vorinformation und der Kooperation mit Angehörigen

Dimension Reflexion

Hauptkategorie: **Klientenbezogene Reflexion** Aussagen zum Erleben, zu emotional-motivationalen Vorgängen und mentalen Prozessen von Klienten	
Subkategorien	Belastung Klientel • Anforderungen in der Alltagsbewältigung • anspruchsvolles Gruppensetting • tägliche Wechsel und häufige Fluktuationen beim Personal
	Verhalten • Ausdruck innerer Problematik; Verlust des inneren Rahmens, negative Gefühle • phasenhaften Verlauf (Stimmungen, Muster) • situative Bedingtheit (Unsicherheit, Stress, Überforderung). • Funktion (kurzfristige Entlastung, Beschäftigung, Herausforderung/Kontakt)
	Lebensgeschichtliche Bezüge • Individuelle Entwicklung/ Entwicklungsbedingungen • Rolle der geistigen und psychischen Beeinträchtigung
Hauptkategorie: Reflexion der Beziehung Betreuende/KlientIn Aussagen zur Art der Beziehung Betreuende/ KlientIn	
Subkategorien	Beziehungsentwicklung • Sympathie und Antipathie als normale Einflüsse • erschwert durch Stress und Ängste, Vorerfahrungen auf beiden Seiten • Festigung durch Langjährigkeit, Vertrautheit durch Einzelsituationen • gemeinsames Entwicklungsfeld/Interaktion; Gefühle und Haltung gegenüber KlientIn
	Beziehungsgestaltung • Haltung und bewusster Umgang entlang der Bedürfnisse und unter Einbezug der Möglichkeiten des Klientels • Rolleninterpretation, Rollenbewusstsein • psychische Beeinträchtigung erfordert spezifisches Abschätzen des Befindens und Abwägen des Handelns • Balance zwischen Anspruch auf Selbstbestimmung als Erwachsene und Möglichkeiten der Selbstregulation
	Funktion • Vermittlung von Sicherheit, Tragfähigkeit, Orientierung • Aushalten von stressigen Situationen und Negativem ohne Entzug der Zuwendung • Rahmen für positive Entwicklungen
Hauptkategorie: Selbstreflexion Aussagen zu eigenen Gefühlen und Gedankengängen bezüglich der Betreuungstätigkeit, eigenen Ressourcen und Handlungsstrategien	
Subkategorien	Belastung/Grenzen • anspruchsvolles Klientel und massive Erlebnisse im Zusammenspiel mit eigenen Ressourcen/aktuellem Befinden, Ansprüchen und Erfolgserlebnissen • Komplexität der Anforderungen; Grenzen des Einfühlungsvermögens, Handlungsunfähigkeit; Gefühle von Ohnmacht, Grenzen der Einflussnahme, Frustration • Umgang mit Gewalt als Grenzerfahrung; Verantwortung, eigene Ängste
	Bewältigung • persönliche Ressourcen; Ruhe, Geduld, Erfahrung, gefestigte Persönlichkeit/Belastbarkeit und klare, wertschätzende Grundhaltung • Empathie und Akzeptanz; Anpassung überhöhter Erwartungen an Klientel, an Entwicklungsmöglichkeiten und -tempo, Gewichtung von kleinen Schritten • Abbau von eigenen Ängsten und bewusster Umgang mit eigener Belastung • Getragenheit im Team, in Institution/fachliche Unterstützung
	persönliche Bilanzierung • besondere Herausforderung; fachliches wie persönliches Lernfeld aufgrund intensiver Erfahrungen, die auch eigene Anteile spiegeln • Einordnung von Schwierigkeiten in Gesamtbetrachtung • Freude an der Arbeit mit Klienten • Identifikation mit helfender und unterstützender Tätigkeit

Dimension Betreuung im institutionellen Kontext

Interpretation des Betreuungsauftrags Aussagen, die den institutionellen Auftrag und das Aufgabenverständnis als Betreuungsperson betreffen
• Alltagsunterstützung, eine gute individuelle Lebensqualität, Wohlbefinden und Zufriedenheit, Wertschätzung als Person mit Recht auf Privatsphäre, Förderung und Zielerreichung entlang persönlicher Ressourcen • Integration in möglichst normales Umfeld, Normalisierung als Entwicklungsförderung und Vermeidung von dauerhafter Psychiatrieplatzierung, auch wenn dafür andere Einschränkungen in Kauf genommen werden müssen • Individuellen Weg wertschätzen, durch Rahmen und Spielraum befähigen, Dinge selbst zu tun, Herausforderung an Umfeld von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geht da über den Rahmen der normalen Kernaufgaben hinaus
Personal; Anforderungen und Unterstützung Einschätzungen der Betreuenden zu Anforderungen und erschwerenden und unterstützenden Aspekten
• Anspruch an Professionalität aufgrund anspruchsvollerem Klientel gestiegen, in Bezug auf Betreuung und Dokumentation höher als in Psychiatrie ohne Unterstützung durch entsprechendes fachliches Umfeld, wenn auch mittlerweilen auf gutem Weg • Belastung des Personals ist spürbar, zeitlicher und ökonomischer Druck steigt, hohe Pensen sind Problemen massiv ausgesetzt, Thema Gewalt sehr belastend, Unterstützung durch Supervision und Gewaltschulung hilfreich, wenn an Realität im Betreuungsalltag orientiert, gute Planung von Übertritten und Zusammenarbeit mit Psychiatrie und internen Fachstellen zentral • Erkennen von psychischen Problemen nicht Bestandteil der Ausbildung in Sozialpädagogik, Fachleute sollten in Planung und Schulung direkt vor Ort unterstützen, zu hohe Personalfluktuation und Einarbeitungsaufwand, unterschiedliche Betreuungsstile sind anforderungsreich in Teamarbeit. Mehr Konstanz und erfahrenes, älteres Personal, ein gutes Arbeitsklima und Vorgesetzte, die Belastung anerkennen und Vertrauen und Sicherheit fördern, wirken unterstützend
Strukturelle Bedingungen Aussagen zu institutionell gegebenen Rahmenbedingungen
• Betreuungsverhältnis von mehr als 1:1 entspricht trotz Erfolgen in Einzelbetreuung leider Realität, Konstanz und Kontinuität in Kontaktpersonenarbeit nicht mehr gemäss Konzept gewährleistet • Anerkennung der psychischen Beeinträchtigung; Konzept stimmt so nicht mehr für diese Klientel, gleiche Strukturen für alle werden Anforderungen nicht gerecht, strukturelle Gewalt kommt vor, Gruppenzusammensetzung und Grösse zu anforderungsreich, individuellere Formen, weniger Standardisierung und spezifisches Fachpersonal erforderlich
Schnittstellen mit anderen Lebensfeldern Aussagen zu wichtigen Einflüssen auf institutionelle Betreuungstätigkeit
• Übertritte aus Sonderschulen und aus Psychiatrie erfordern viel Anpassung, sind als wichtige Schnittstellen gut vorzubereiten • Einstellungen von Angehörigen haben grossen Einfluss, sind im Alltag spürbar, Zusammenarbeit läuft nicht direkt an Basis, es gilt Klient zu nehmen wie er ist • Bild der Arbeit nach aussen ist wichtig, Öffentlichkeit ist schwieriges Feld für Betreuung, Begegnung nicht immer positiv, hat Grenzen

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: