

Hochschule Luzern Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit

Seelenmomente

Selbstsorge zur Erhaltung der psychischen Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im institutionellen Setting



Verfasserin: Anna-Rebecca Liechti

Studienrichtung: Sozialpädagogik

Abgabe: August 2018

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**

Kurs **BB / TZ 14 - 3**

Anna-Rebecca Liechi

Seelenmomente

**Selbstsorge zur Erhaltung der psychischen Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven
Beeinträchtigung im institutionellen Setting**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2018 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialpädagogik**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme der Autorin.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2018

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

Gegenstand dieser Fachliteraturarbeit bilden Selbstsorgemöglichkeiten zur Erhaltung der psychischen Gesundheit von erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. In der Arbeit wird der Begriff psychische Gesundheit erläutert und aufgezeigt, weshalb Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein erhöhtes Risiko haben, psychisch zu erkranken. Des Weiteren wird untersucht, was die Selbstsorge für die Klientel bedeutet und inwiefern sie im institutionellen Kontext umgesetzt werden kann. Hierbei wird deutlich, dass die Stärken-Perspektive beziehungsweise eine ressourcenorientierte Sichtweise besonders relevant ist, um Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu einem selbstsorgenden Handeln zu animieren. Es werden konkrete Möglichkeiten vorgestellt, um eine selbstsorgende, auf sich achtende Haltung von Klientinnen und Klienten zu stärken. Dazu zählen unter anderem ein humorvoller Umgang, Biografiearbeit, kreative Tätigkeiten, Entspannungstechniken oder das Pflegen von sozialen Beziehungen. Diese Selbstsorgemöglichkeiten dienen als Beispiele und Anregungen für die Praxis.

Dank

Ich bedanke mich bei den Dozierenden Stefania Calabrese, René Stalder, Ursula Leuthold und Pia Georgi-Tscherry sowie bei meinem Praxisausbildner Daniel Fischer für ihre fachliche Unterstützung und Begleitung dieser Bachelor-Arbeit. Mein Dank gilt auch meiner Familie, meinen Freundinnen und meinem Freund für ihre motivierenden Worte und kritischen Rückmeldungen, die zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben. Weiter möchte ich mich bei meinen Klientinnen und Klienten bedanken. Dank ihnen werde ich immer wieder herausgefordert kreativ und flexibel auf ihre jeweiligen Lebensumstände und Bedürfnisse zu reagieren.

Inhalt

Abstract	I
Dank	II
Inhalt	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1. Einleitung	7
1.1. Ausgangslage und Motivation	7
1.2. Berufsrelevanz.....	8
1.2.1. UN-Behindertenrechtskonvention	8
1.2.2. Berufskodex der Sozialen Arbeit	9
1.2.3. Sozialpädagogischer Ansatz Subjektzentrierung	9
1.3. Abgrenzung	10
1.4. Methodisches Vorgehen und Adressatenschaft.....	11
1.5. Fragestellungen und Aufbau der Arbeit	12
2. Psychische Gesundheit	14
2.1. Biopsychosoziales Gesundheitsmodell	14
2.2. Begriffserklärung psychische Gesundheit	14
2.3. Konzept der Salutogenese.....	15
2.3.1. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	15
2.3.2. Kohärenzgefühl	16
3. Selbstsorge	19
3.1. Begriffserklärung Selbstsorge	19
3.2. Historische Herleitung.....	21
3.3. Relevanz der Selbstsorge	23
3.4. Modell der Selbstsorgefähigkeit	25
3.4.1. Selbststärkung.....	26
3.4.2. Selbsterleben	27
3.4.3. Selbstentfaltung	27
3.4.4. Selbstreflexion	28
3.4.5. Selbstregulierung.....	28
4. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung	30
4.1. Begriffserklärung kognitive Beeinträchtigung	30
4.2. Die vier Paradigmen	31
4.3. Klassifikation nach ICF	33
5. Psychische Gesundheit und kognitive Beeinträchtigung	37
5.1. Besonderheiten bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung	37
5.2. Prävalenz und beeinflussende Faktoren	38

5.2.1.	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	40
5.2.2.	Coping	41
6.	Selbstsorge und kognitive Beeinträchtigung	43
6.1.	Lebensumstände auf betreuten Wohngruppen	43
6.2.	Relevanz der Selbstsorge für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung....	44
6.3.	Bedeutung der Selbstsorgefähigkeit für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung	46
6.3.1.	Selbststärkung	47
6.3.2.	Selbsterleben	47
6.3.3.	Selbstentfaltung	48
6.3.4.	Selbstreflexion	49
6.3.5.	Selbstregulierung	49
6.4.	Rolle und Aufgabe der Sozialpädagogin und des Sozialpädagogen.....	50
6.5.	Diskussion und Schlussfolgerungen	52
7.	Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis	54
7.1.	Humorvoller Umgang.....	55
7.2.	Biografiearbeit	56
7.3.	Entspannung.....	58
7.4.	Wertvolle Beziehungen	60
7.5.	Kreative Tätigkeit	61
7.6.	Gestaltung des Wohnraums	62
7.7.	Körperliches Wohlbefinden.....	63
7.8.	Selbstversorgung	65
8.	Abschluss.....	66
8.1.	Beantwortung der Fragestellungen	66
8.2.	Berufsrelevante Schlüsse	70
8.3.	Persönliches Fazit.....	70
8.4.	Ausblick	71
9.	Literatur- und Quellenverzeichnis	72
10.	Anhang.....	79
A.	Methodisches Vorgehen.....	79

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Titelbild: Little girl blowing dandelion.....	
Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.....	16
Abbildung 2: Kohärenzgefühl.....	17
Tabelle 1: Einordnung der Selbstsorge.....	20
Abbildung 3: Aspekte der Selbstsorgefähigkeit	25
Abbildung 4: Wechselwirkungen der Komponenten	34
Tabelle 2: Einordnung nach ICF.....	34
Abbildung 5: Point prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents with and without intellectual disabilities	39
Abbildung 6: Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell	41
Abbildung 7: Selbstsorgefähigkeit stärken.....	55

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BRK	Behindertenrechtskonvention
DGBS	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFSW	International Federation of Social Workers
IQ	Intelligenzquotient
SEO	Schema der emotionalen Entwicklung
SOC	Sense of Coherence
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

Im folgenden Kapitel wird die Ausgangslage dieser Bachelor-Arbeit beschrieben. Weiter wird die Berufsrelevanz erläutert und eine Abgrenzung zu verwandten Themen vorgenommen. Zudem werden das methodische Vorgehen, die Fragestellungen sowie der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.1. Ausgangslage und Motivation

In der Schweiz sind 55 Prozent der in Institutionen lebenden Personen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung (BFS, 2012). Laut Albert Lingg und Georg Theunissen (2017) haben Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein drei- bis viermal höheres Risiko psychisch zu erkranken als Personen ohne Beeinträchtigung. Neben dem Ausmass der Beeinträchtigung beeinflusst der Grad der Institutionalisierung das psychische Wohlbefinden von Klientinnen und Klienten massgeblich (§. 44). Deshalb scheint es sinnvoll, im institutionellen Setting Handlungsansätze zu finden, um die psychische Gesundheit von Betroffenen zu unterstützen.

Die Selbstsorge ist heute insbesondere in der Burnout-Prävention für Fachpersonen in helfenden Berufen bekannt. Unter dem Begriff der Selbstsorge werden Haltungen, Handlungsempfehlungen und Modelle gefasst, die dazu dienen, die menschliche Seele gesund zu erhalten. Selbstsorge ist die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen, Belastungen richtig einzuschätzen und sich nicht zu überfordern (Joachim Küchenhof, 1999, S. 151). Durch Selbstsorge ist ein Mensch fähig, sich in Machtbeziehungen zurecht zu finden und herrschende Strukturen aktiv mitzugestalten (Barbara Gussone & Günter Schiepek, 2000, S. 140). Vorliegende Bachelor-Arbeit versucht mit den Erkenntnissen aus der Selbstsorge Möglichkeiten aufzuzeigen, um die psychische Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im institutionellen Setting zu erhalten.

Ich arbeite seit fünf Jahren im institutionellen Kontext mit erwachsenen Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Stressmomente und die Vulnerabilität von Klientinnen und Klienten sind ein häufiges Thema. Es gehört zu den Aufgaben von meinem Team und mir, auf der betreuten Wohngruppe Rahmenbedingungen zu schaffen sowie die Fähigkeiten zu vermitteln, damit die Klientel eigenständig ihre psychische Gesundheit schützen kann. Meiner Meinung nach bietet die Selbstsorge spannende Wege und Handlungsansätze dazu. Ich erachte es als zielführend, eine Sache positiv und ressourcenorientiert anzugehen. Mit der Selbstsorge habe ich ein Thema

gefunden, das mir am Herzen liegt und mit dem der Blick auf das Gesunde im Menschen gerichtet werden kann.

1.2. Berufsrelevanz

Nachfolgend wird die Berufsrelevanz dieser Bachelor-Arbeit aufgezeigt. Um die Aktualität auf der Ebene der Disziplin zu beschreiben, wird das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung beigezogen. Der Berufskodex der Sozialen Arbeit begründet die Relevanz des Themas auf der Professionsebene. Mit dem Ansatz der Subjektzentrierung wird die Bedeutung der Selbstsorge für das Praxiswissen der Sozialpädagogik bewertet.

1.2.1. UN-Behindertenrechtskonvention

Die Vereinten Nationen haben die Behindertenrechtskonvention (BRK) 2006 abgeschlossen. Die Rechte für Menschen mit Beeinträchtigung erhalten dadurch eine völkerrechtliche Geltung. Die BRK beinhaltet politische, bürgerliche, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Wolfram Kulig, 2013, S. 50). 2014 hat die Schweiz die BRK ratifiziert und sich damit verpflichtet, Rahmenbedingungen zu schaffen, um die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit einer Beeinträchtigung vollumfänglich zu ermöglichen. Es gilt, Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung die gleichen Rechte zu gewähren wie Personen ohne Beeinträchtigung und ihre menschliche Würde zu bewahren (Inclusion Handicap, ohne Datum). Art. 17 der BRK besagt, dass jeder Mensch mit Beeinträchtigung das Recht auf seelische und körperliche Unversehrtheit hat. Weiter steht in Art. 25: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit“. Eine Person mit einer Beeinträchtigung hat dabei das Recht auf eine Umgebung, die „der Gesundheit, dem Wohlergehen, der Selbstachtung, der Würde und der Autonomie des Menschen förderlich ist“ (Art. 16 Abs. 4 BRK).

Das Recht auf Gesundheit für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird in der BRK klar ersichtlich. Aus der BRK entsteht ein direkter Handlungsbedarf im Heimkontext. So gehört es zu den Aufgaben von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen die Gesundheit und das Wohlergehen ihrer Klientel zu erhalten und zu fördern.

1.2.2. Berufskodex der Sozialen Arbeit

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit stützt sich auf die ethischen Prinzipien der International Federation of Social Workers (IFSW) sowie der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AvenirSocial, 2010, S. 5). Er enthält Richtlinien, an welchen sich das berufliche Handeln von Professionellen der Sozialen Arbeit orientiert. Weiter dient er als „Instrument zur ethischen Begründung der Arbeit mit Klientinnen und Klienten, die in besonderer Weise verletzlich oder benachteiligt sind“ (S. 4). Der Berufskodex beschreibt unter anderem das Ziel, Klientinnen und Klienten in ihrer Entwicklung zu begleiten, zu fördern und sie dabei „unabhängiger werden zu lassen, auch von der Sozialen Arbeit“ (S. 6). Durch Selbstsorge kann der Mensch sein Leben eigenverantwortlich gestalten, lernt die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen und sich selbst gut zu tun (Küchenhoff, 1999, S. 151). Demnach scheint es sinnvoll, Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in dieser Fähigkeit zu stärken und sie zur Selbstsorge zu animieren.

Laut der World Health Organisation (WHO) ist die psychische Gesundheit eine Voraussetzung dafür, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und die normalen Anforderungen des alltäglichen Lebens bewältigen zu können (2016). Die gesellschaftliche Teilhabe wird im Berufskodex als notwendig für das menschliche Leben beschrieben (AvenirSocial, 2010, S. 9). Um diese Teilhabe zu gewährleisten, ist es relevant, die psychische Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu erhalten.

1.2.3. Sozialpädagogischer Ansatz Subjektzentrierung

In der Theorie und Praxis der Arbeit mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung findet aktuell mit der Hinwendung zum Subjekt statt ein Umdenken. Die Stimme von Klientinnen und Klienten, ihre Mit- und Selbstbestimmung erhalten ein neues Gewicht im sozialpädagogischen Denken und Handeln (Christian Lindmeier, 2013, S. 11). Nach Saskia Schuppener (2013a) wurden besonders Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bisher aus verschiedenen Fremdperspektiven beschrieben wurden: „Eine wirkliche Ausrichtung an der Innenwelt von Menschen, die wir als geistig behindert definieren, fehlt weithin“ (S. 361). In der Subjektzentrierung geht es darum, die individuelle Sicht der Klientel auf sich selbst und ihre Umwelt wahrzunehmen und zu verstehen. Dieser Zugang soll Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung als Akteure beziehungsweise Akteurinnen ihrer eigenen Lebenswelt befähigen (ebd).

Die Selbstsorge ist ein Weg, um sich der subjektiven Sichtweise von Klientinnen und Klienten hinzuwenden. Indem Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zur Selbstsorge animiert werden und eine Selbstsorgefähigkeit entwickeln, können Professionelle der Sozialpädagogik das Selbstkonzept ihrer Klientel besser verstehen und sich an deren subjektiven Wünschen und Bedürfnissen orientieren.

1.3. Abgrenzung

Das Thema Selbstsorge weist Schnittstellen mit Themen wie der Erhaltung der Gesundheit (Salutogenese), Resilienz, Achtsamkeit, Bewältigungsstrategien (Coping) und Selbstwirksamkeit auf. Die Übergänge sind fließend. Viele Theorien und Konzepte orientieren sich an ähnlichen Erkenntnissen. Für die Beantwortung der Fragestellungen befasst sich diese Bachelor-Arbeit mit der Salutogenese, Bewältigungsstrategien und einem ausgewählten Modell der Selbstsorge. Alle weiteren genannten Themen werden im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelt.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf das Erwachsenenalter von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, nicht auf Kinder oder Jugendliche. Im Sinne der Ressourcenorientierung wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung psychisch gesund sind. Der Fokus liegt deswegen auf der Erhaltung der psychischen Gesundheit. Erhaltung, Prävention und Förderung sind sich nahestehende Begriffe. Prävention hat unter anderem einen gesundheitserhaltenden Charakter (Ernst Wüllenweber, 2013, S. 283). Um den vorgegebenen Rahmen dieser Arbeit einzuhalten, wird auf Ausführungen zu Prävention und Förderung verzichtet.

Die Übergänge zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit sind fließend. Auf die Erläuterung spezifischer Krankheitsbilder wird in dieser Arbeit verzichtet. Theorien und Konzepte werden in dem Masse beigezogen, als sie für die Beantwortung der Fragestellungen relevant sind. Die Arbeit ist auf die Praxis ausgerichtet. Die Handlungsmöglichkeiten in Kapitel 7 sollen dabei als Beispiele und Anregungen für die Praxis dienen. Diese können nicht eins zu eins übernommen werden können, sondern müssen immer an die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Klientel angepasst werden.

1.4. Methodisches Vorgehen und Adressatenschaft

Nachfolgend wird ein Einblick in das methodische Vorgehen dieser Fachliteraturarbeit gegeben und die Adressatinnen und Adressaten definiert.

Für das Erstellen dieser Bachelor-Arbeit wurde in einem ersten Schritt nach relevanten Begriffen und Synonymen gesucht. Dazu zählten unter anderem die Begriffe „psychische Gesundheit“, „Selbstsorge“, „kognitive Beeinträchtigung“ und „Heimkontext“. Es wurde mit verschiedenen Suchinstrumenten wie contect-select oder iluplus gearbeitet. Um weiteres Wissen zu erwerben, wurde der Austausch mit Dozierenden an Fachpoolgesprächen sowie mit Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen aber auch der Besuch verschiedener Mediotheken genutzt. Anschliessend wurde die Literatur analysiert und ihre Relevanz aufgrund ihrer Aktualität und Aussagekraft bewertet. Orientierung boten die zuvor definierten Fragestellungen, anhand derer Beschreibungs-, Erklärungs-, Bewertungs- sowie Praxiswissen zusammengetragen wurde (vgl. Kapitel 1.5). Die Fragestellungen wurden durch die Verarbeitung relevanter Fachliteratur der Sozialen Arbeit sowie weiteren Bezugswissenschaften beantwortet. Im Anhang A ist die detaillierte Auflistung der Suchbegriffe und Suchregister ersichtlich.

Die Soziale Arbeit gilt als Menschenrechtsprofession. Insbesondere Silvia Staub-Bernasconi vertritt die Haltung, dass der Mensch ein wissens- und handlungsfähiges Wesen ist, welches durch biopsychosoziale Bedürfnisse bestimmbar ist (Dieter Röh, 2018, S. 35). Diese Bedürfnisse sind Grundbedürfnisse und allen Menschen gleich. Menschliches Verhalten dient dazu, die biopsychosozialen Bedürfnisse zu befriedigen und damit die Bedürfnisspannung abzubauen (Werner Obrecht, 2000, S. 128 – 129). Davon leitet Staub-Bernasconi das Recht ab, diese Bedürfnisse befriedigen zu können (Röh, 2018, S. 35). Auf dieser Haltung basierend, orientiert sich diese Bachelor-Arbeit an den biopsychosozialen Wechselwirkungen. Dies ist beispielsweise beim Gesundheitsverständnis (vgl. Kapitel 2.1) oder der Bestimmung von kognitiver Beeinträchtigung nach ICF (vgl. Kapitel 4.3) ersichtlich.

Die vorliegende Arbeit richtet sich an Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Betreuungspersonen, welche erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Alltag begleiten. Die Arbeit soll die Adressatenschaft für das Thema Selbstsorge sensibilisieren und ihnen Anregungen und Ideen bieten, um mit und für ihre Klientel Selbstsorgemomente zu schaffen.

1.5. Fragestellungen und Aufbau der Arbeit

Im nachfolgenden Kapitel werden die Fragestellungen präsentiert, welche im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit beantwortet werden. Ferner wird der Aufbau der Arbeit erläutert.

Ausgehend von der beschriebenen Ausgangslage entstanden die abgebildeten Fragestellungen in Form einer Leitfrage und drei untergeordneten Fragen. Das Thema Selbstsorge wird in verschiedenen Disziplinen wie der Psychologie, der Philosophie oder der Medizin behandelt. Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass der Selbstsorge aus einer sozialpädagogischen Sicht bis jetzt wenig Beachtung geschenkt wurde und sie keine relevante Bedeutung in der Behindertenpädagogik hat. Mit den nachfolgenden Fragestellungen soll das Potential der Selbstsorge für die Erhaltung der psychischen Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung geprüft werden.

Die Antworten auf die vier Fragestellungen werden zum Schluss der Arbeit kurz zusammengefasst (vgl. Kapitel 8.1). Auf die Leitfrage wird insbesondere in Kapitel 6 eingegangen.

Inwiefern eignen sich die Erkenntnisse aus der Selbstsorge, um die psychische Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im institutionellen Setting zu erhalten?

a) Was wird unter Selbstsorge verstanden und wie steht sie im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit?

b) Aus welchen Gründen sind Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung besonders gefährdet psychisch zu erkranken?

c) Welche Möglichkeiten lassen sich für die Praxis ableiten, um die psychische Gesundheit von erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in betreuten Wohngruppen zu erhalten?

Der Aufbau der Arbeit ist folgendermassen gegliedert: **Kapitel 1** leitet in die vorliegende Bachelor-Arbeit ein. Im **Kapitel 2** wird der Begriff psychische Gesundheit eingeführt und die Salutogenese nach Aaron Antonovsky vorgestellt. Die Selbstsorge wird in **Kapitel 3** erläutert. Dabei wird der Begriff historisch hergeleitet, die Relevanz der Selbstsorge aufgezeigt und das Modell der Selbstsorgefähigkeit vorgestellt. **Kapitel 4** widmet sich dem Phänomen der kognitiven Beeinträchtigung und stellt dieses aus unterschiedlichen Perspektiven dar. Zudem wird darin die spezifische Personengruppe beschrieben, auf welche sich diese Arbeit bezieht. **Kapitel 5** setzt sich mit der psychischen Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auseinander. Damit werden die theoretischen Bezüge abgeschlossen. In **Kapitel 6** wird untersucht, welche Relevanz die Selbstsorge für Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der betreuten Wohngruppe hat und was die Selbstsorgefähigkeit für diese Klientel bedeutet. **Kapitel 7** stellt den Praxisbezug her. Dabei werden konkrete Möglichkeiten zur Selbstsorge in der betreuten Wohngruppe vorgestellt. Die Bachelor-Arbeit schliesst mit **Kapitel 8** ab. Die Antworten auf die Fragestellungen werden kurz zusammengefasst, es werden berufsrelevante Schlüsse und ein persönliches Fazit gezogen sowie ein Ausblick zu weiteren möglichen Fragestellungen gegeben.

2. Psychische Gesundheit

Folgendes Kapitel beschreibt in einem ersten Schritt das Modell der positiven Gesundheit und erläutert anschliessend den Begriff der psychischen Gesundheit. Des Weiteren wird auf das Konzept der Salutogenese eingegangen, welches sich mit der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit auseinandersetzt.

2.1. Biopsychosoziales Gesundheitsmodell

Vorliegende Arbeit orientiert sich am positiven Gesundheitsbegriff des biopsychosozialen Modells von George L. Engel (1977), welches ab dem 20. Jahrhundert unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit prägt (Nina Knoll, Urte Scholz & Nina Rieckmann, S. 19). Dabei wird Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern als Zustand von physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden (S. 21). Nicht nur somatische Bedingungen, sondern auch die „Lebensumstände haben einen bedeutenden Einfluss auf [die Gesundheit], den Ausbruch einer Krankheit und auf Schwankungen im Krankheitsverlauf“ (Andrea Grabert, 2009, S. 12). Gesundheit ist, wenn sich biologische, psychologische und soziale Elemente in einem dynamischen Zusammenspiel im Gleichgewicht halten. Mit biologischen Faktoren sind beispielsweise Verletzungen, Bakterien oder Viren gemeint. Zum psychischen Wohl können der Umgang mit Emotionen oder Stressbewältigung beitragen. Zu den sozialen Faktoren zählen unter anderem das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes, finanzielle oder soziale Unterstützung (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2013, S. 19).

2.2. Begriffserklärung psychische Gesundheit

Die WHO bietet wohl eine der bedeutendsten Definitionen von psychischer Gesundheit. Sie sieht die psychische Gesundheit als ein fundamentaler Bestandteil des menschlichen Gesundheitszustandes. Gemäss der WHO ist ein Individuum psychisch gesund, wenn es seine eigenen Fähigkeiten kennt, die normalen Anforderungen des Lebens bewältigen kann und in der Lage ist, einen Teil zur Gemeinschaft beizutragen. Weiter ermöglicht sie dem Individuum zu denken, zu interagieren, mit Emotionen umzugehen und das Leben zu geniessen (2016 / eigene Übersetzung). Andreas Heinz (2016) verwendet die seelische Gesundheit als Synonym zur psychischen Gesundheit und definiert sie als Fähigkeit des Individuums intentionale, also von Absicht geleitete Handlungen, durchführen zu können (S. 62). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nennt die Handlungskontrolle ebenfalls als zentrales Element einer psychisch

gesunden Person. Hinzu kommen eine gefestigte Identität bezüglich der Rolle in der Gemeinschaft, ein stabiles Selbstwertgefühl und das Erleben von Selbstwirksamkeit. Darüber hinaus gelten das persönliche Wohlbefinden, die Zufriedenheit und das Selbstbewusstsein als wichtige Aspekte (BAG, 2015, S. 12). Günther Opp (2014) fasst zusammen: „Gesundheit beruht auf der Balance zwischen gesundheitsförderlichen Lebensverhältnissen und Verhaltensweisen“ (S. 164). Damit wird deutlich, dass psychische Gesundheit sowohl von personenbezogenen Faktoren als auch von objektiv beschreibbaren Dimensionen wie Bildung, Wohnen und Freizeit, welche die Lebensqualität beeinflussen, bestimmt wird. Psychisch gesund ist demnach nicht als Zustand zu verstehen sondern als ein individueller, dynamischer Prozess, der von verschiedenen Elementen beeinflusst wird.

2.3. Konzept der Salutogenese

Selbstsorge basiert auf den Erkenntnissen der Salutogenese von Aaron Antonovsky, welche in diesem Kapitel erläutert werden. Der Soziologe begann als einer der ersten den Fokus weg von der Krankheit zu richten. Er stellte sich stattdessen die Frage, was den Menschen gesund hält. Damit wendete er sich vom herrschenden pathologischen Modell ab, in welchem die Krankheit im Zentrum steht und als Abwesenheit von Gesundheit verstanden wird (Rüdiger-Felix Lorenz, 2016, S. 29). Obwohl jeder Mensch sterblich ist, geht Antonovsky (1997) davon aus, dass solange noch ein Hauch von Leben in ihm steckt, er auf gewisse Weise noch gesund ist (S. 23). In diesem Sinne prägt Antonovsky den Begriff Salutogenese, was soviel bedeutet wie Gesundheitslehre (S. 15).

2.3.1. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Im Konzept der Salutogenese bringt Antonovsky die Gesundheit, das Stresserleben sowie eigene Widerstandsquellen miteinander in Zusammenhang. In der salutogenen Denkweise werden Gesundheit und Krankheit nicht als zwei voneinander getrennte Zustände betrachtet. Vielmehr bewegt sich der Mensch stetig zwischen den beiden Polen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum hin und her. Ist der Mensch Stressoren ausgesetzt, so wird er gezwungen, Ressourcen zu aktivieren. Gesundheit ist demnach kein statischer Zustand, sondern eine ständige Auseinandersetzung des Individuums mit Stressoren, den sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen und dem Kohärenzgefühl (Lorenz, 2016, S. 24-26). Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

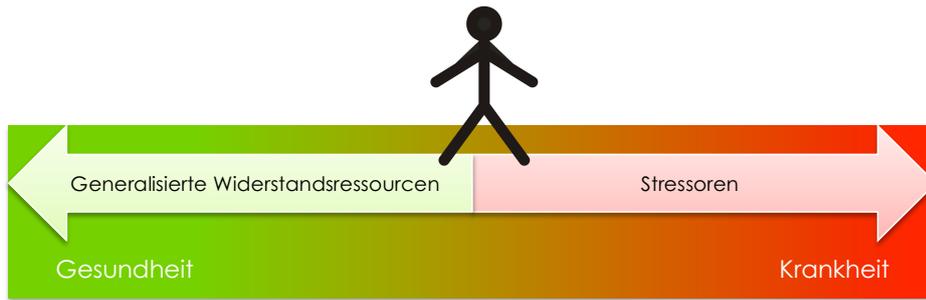


Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung nach Antonovsky, 1997, S. 23)

Stressoren sind unvermeidbare Bestandteile des alltäglichen Lebens und entstehen durch Spannungen. Eine Spannung ist eine von innen oder aussen kommende psychische, physische oder soziale Anforderung an das Individuum. Wenn diese Anforderung nicht erfüllt werden kann, wandelt sich die Spannung zum Stressor und es bildet sich ein Ungleichgewicht (Antonovsky, 1997, S. 43). Damit die Situation nun erfolgreich bewältigt werden kann, müssen generalisierte Widerstandsressourcen aktiviert werden. Antonovsky meint damit Ressourcen, die der Mensch in allen Lebenslagen aktivieren kann. Somit wird eine Person widerstandsfähiger und kann ihr Stressmanagement verbessern (Grabert, 2009, S. 23-24). Die Widerstandskräfte können also sowohl von biologischer, psychologischer wie auch sozialer Natur sein. Eine gute körperliche Verfassung, das Gefühl von Entspannung, eigene Wertvorstellungen, eine positive Einstellung, eine soziale und kulturelle Einbettung oder Bildung sind Beispiele dafür (Lorenz, 2016, S. 35).

2.3.2. Kohärenzgefühl

Wie zuvor beschrieben ist auch das Kohärenzgefühl ebenfalls ausschlaggebend dafür, wo sich das Individuum auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet und zu welchem Pol es sich hinbewegt. Das Kohärenzgefühl, im englischen Original *sense of coherence* (SOC), ist eine Lebenshaltung, die sich gesundheitsfördernd auf das Individuum auswirkt (Antonovsky, 1997, S. 33). Es ist die Fähigkeit, die Welt zusammenhängend zu erleben und ein Gefühl des Vertrauens zu haben, Anforderungen mit den vorhandenen Ressourcen bewältigen zu können. Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl haben einen positiven Einfluss aufeinander (S. 34). Das Kohärenzgefühl setzt sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen und wird mit nachfolgender Abbildung veranschaulicht (Eckhard Schiffer, 2013, S. 31).

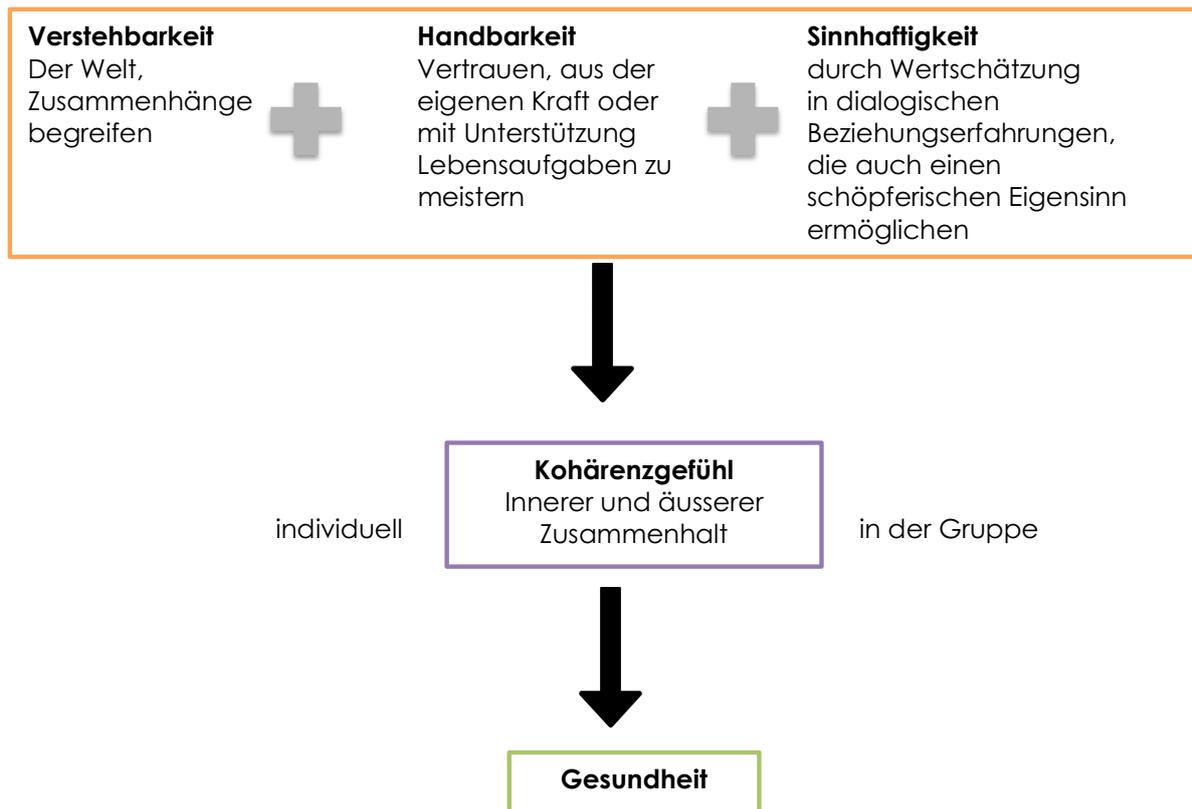


Abbildung 2: Kohärenzgefühl (Schiffer, 2013, S. 31)

Bei der **Verstehbarkeit** handelt es sich um ein kognitives Verhaltensmuster. Es ist die Fähigkeit des Individuums, innere und äussere Ereignisse beziehungsweise Stimuli einzuordnen und erklären zu können. Die Entwicklung der Verstehbarkeit wird von der Erfahrung bedingt, dass verschiedene Situationen und Gegebenheiten im Leben zueinander passen, einander bedingen und strukturiert werden können. Diese Erfahrung fördert nicht nur, dass Ereignisse und Problemsituationen verstanden und eingeordnet, sondern auch ein Stück weit vorhergesehen werden können (Grabert, 2009, S. 25-26).

Unter **Handbarkeit** versteht Antonovsky das Wahrnehmen von geeigneten Ressourcen, um Anforderungen und Problemsituationen bewältigen zu können (ebd. S. 27). Die Handbarkeit befindet sich auf der kognitiv-emotionalen Ebene. Dabei geht es einerseits um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und andererseits um das Vertrauen in das soziale Umfeld, welches Hilfeleistungen bieten kann (Lorenz, 2016, S. 38).

Die dritte Komponente ist die **Sinnhaftigkeit**. Diese befindet sich auf der motivationalen Ebene. Menschen mit einer hohen Sinnhaftigkeit erleben ihr Leben als wertvoll. Sie sehen hinter Anforderungen und Problemstellung eine Herausforderung - einen Sinn, weiter zu kommen und sich weiter zu entwickeln (Schiffer, 2013, S. 31).

Alle drei Komponenten beeinflussen sich gegenseitig. Sie können positiv aufeinander wirken und einander stärken. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass sich das Kohärenzgefühl positiv auf die Gesundheit auswirkt und sowohl für die Wiederherstellung als auch die Erhaltung der psychischen Gesundheit relevant ist (Grabert, 2009, S. 35). Gemäss Grabert wird der Sinnhaftigkeit die grösste Wirkung zur Erhaltung der psychischen Gesundheit beigemessen. Wer einen Sinn in seinem Leben und seinen Tätigkeiten erkennt, ist motiviert, sich Herausforderungen zu stellen und Probleme anzupacken (S. 28-29). Nachfolgend wird die Selbstsorge vorgestellt und mit dem Kohärenzgefühl und der Gesunderhaltung in Verbindung gebracht.

3. Selbstsorge

In diesem Kapitel wird der Begriff der Selbstsorge eingeordnet, erläutert und eine Abgrenzung vorgenommen. Ferner wird die Bedeutung der Selbstsorge historisch hergeleitet und das Modell der Selbtsorgefähigkeit von Dorothee Beckmann-Neuhaus vorgestellt.

3.1. Begriffserklärung Selbtsorge

Der Begriff der Selbtsorge ist vielschichtig. Bei der Sichtung der Fachliteratur ist er in verschiedenen Disziplinen wie der Medizin, der Psychologie, der Philosophie, der Soziologie, der Pflegewissenschaften und der Wirtschaftswissenschaft anzutreffen. Die Begriffe Selbtsorge, Selbstfürsorge, Selbstfürsorglichkeit sowie Psychohygiene und die Sorge um sich werden als Synonym verwendet. In der englischsprachigen Fachliteratur begegnet einem zudem der Begriff *self-care*.

Vorliegende Arbeit verwendet den Terminus Selbtsorge. Mit diesem Begriff soll bewusst Abstand vom Terminus Selbstfürsorge und der darin enthaltenen Fürsorge gewonnen werden. Der Begriff der *Fürsorge* setzt die Bedürftigkeit eines Menschen voraus. Damit wird fremdbestimmtes Eingreifen in ihre Lebenswelt gerechtfertigt (Röh, S. 17-18). Im Gegensatz dazu wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass jede Person entsprechend ihren Möglichkeiten autonom über sich selbst bestimmen kann und Rechte und Pflichten hat.

Die Selbtsorge ist in der Salutogenese zu verorten. Es ist die Fähigkeit, die eigene körperliche und seelische Integrität zu wahren. Dank der Selbtsorge kann das Individuum von sozialen oder psychischen Spannungen geprägte Situationen besser bewältigen und Widerstandsressourcen aufbauen (Bettina Daser & Anke Kerschgens, 2011, S. 58). Das bedeutet, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen, sich nicht zu überfordern und Belastungen richtig einzuschätzen (Joachim Küchenhoff, 1999, S.151). Ziel ist es, sich selbst gut zu sorgen, um übermäßigem Stress vorzubeugen und mit Misserfolgen zurechtzukommen sowie eigenverantwortlich sein Leben zu gestalten (S. 62). Gussone und Schiepek (2000) betonen dabei, dass Selbtsorge die Fähigkeit ist, sich in Machtbeziehungen zurechtzufinden. Es gilt, sich „nicht als ohnmächtiges Opfer der Strukturen und Institutionen zu definieren, sondern Wege zu suchen, diese aktiv zu beeinflussen“ (S.140). Die Selbtsorge impliziert eine von Achtsamkeit und Empathie geprägte Haltung. Dies setzt eine Selbstachtung sowie eine liebevolle

Zuwendung zu sich selbst voraus (Küchenhoff, 1999, S.151). Die Sorge um sich ist nicht zu verwechseln mit Egoismus oder Selbstmitleid. Es ist die Balance zwischen einer reflexiven Haltung sich selbst gegenüber und der Beziehung zu anderen (Daser & Kershgens, 2011, S. 58). Gleichzeitig werden unter Selbstsorge auch praktische Tätigkeiten verstanden, die zum persönlichen Wohlergehen beitragen. Beispiele für die praktische Selbstsorge sind körperliche Bewegung, Entspannungstechniken oder Pflege von wertschätzendem Umgang miteinander.

Um die Vielschichtigkeit der Selbstsorge zu erfassen, wird sie in der vorliegenden Bachelor-Arbeit in Haltung, methodische Ansätze und praktische Tätigkeiten gegliedert. Genauere Ausführungen dazu werden in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich:

Selbstsorge	
Haltung	Eine liebevolle, von Achtsamkeit geprägte Haltung zu sich und seinem Umfeld (Küchenhoff, 1999, S.151) mit dem Ziel, die psychische und physische Gesundheit zu wahren und Strukturen aktiv mitzugestalten (Gussone & Schiepek, 2000, S. 140).
Methodische Ansätze	Es gibt verschiedene methodische Ansätze, um eine selbstsorgende Haltung zu entwickeln und Raum und Zeit für die Erhaltung der eigenen Gesundheit in den Alltag einzubauen (Nicolas Hoffmann & Birgit Hoffmann, 2012, S. 212). <ul style="list-style-type: none"> - Trennung von Arbeits- und Privatleben - Raum und Zeit zur Entspannung, Ruhe und Rückzug einplanen - Selbstreflexion - Mitbestimmungsmöglichkeiten und Orientierungshilfen schaffen
Praktische Tätigkeiten	Bei der individuellen Ebene geht es um die Auseinandersetzung mit problematischen Situationen und dem persönlichen Umgang mit Herausforderungen und eigenen Ressourcen (Gussone & Schiepek, 2000, S. 94). <ul style="list-style-type: none"> - morgendliche Joggingrunde - gesunde Ernährung - ein gemeinsames Abendessen mit Freunden - ein heisses Bad nehmen - sich schön kleiden und die äussere Erscheinung pflegen - ein Hobby betreiben - etwas tun, das uns gut tut und Freude bereitet

Tabelle 1: Einordnung der Selbstsorge (eigene Darstellung)

Die Gliederung in Tabelle 1 entstand durch die Zusammenführung diverser Fachliteratur und hat keine allgemeingültige Bedeutung. Sie soll durch die verschiedenen Beispiele ein Bild von Selbstsorge vermitteln. Nachfolgend wird kurz auf die Parallelen und Unterschiede zwischen den Begriffen Selbstsorge und Empowerment eingegangen sowie eine Abgrenzung vorgenommen.

Die Definition von Selbstsorge, eigenverantwortlich sein Leben zu gestalten, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen (Küchenhoff, 1999, S. 151) sowie Strukturen aktiv mitzugestalten (Schiepek & Gussone, 2000, S. 140), erinnert an den Empowerment-Ansatz, welcher insbesondere in der Behindertenpädagogik bedeutend ist. Die Parallelen bestehen darin, dass mit Empowerment die Selbstverfügungskräfte einer einzelnen Person mobilisiert werden und versucht wird, Hierarchien innerhalb der institutionalisierten Lebensweise von Klientinnen und Klienten abzubauen (Theunissen, 2013, S. 27-28).

Empowerment hat das Ziel, Menschen in einer gesellschaftlich marginalen Position zu ermächtigen, selbstbestimmt und selbstfähig an der Gesellschaft teilzuhaben. In dieser Hinsicht unterscheidet sich Empowerment von Selbstsorge, da Selbstsorge für jeden Menschen ein Weg zur Erhaltung der psychischen Gesundheit sein kann, unabhängig von einer möglicherweise vorhandenen sozialen Benachteiligung. Das Empowerment-Konzept geht von der Stärken-Perspektive aus. Theunissen und Schwalb (2018) kritisieren allerdings, dass diese in der Praxis häufig vernachlässigt wird. Anstatt die Klientel ganzheitlich, mit individuellen Lebenszielen und Ressourcen wahrzunehmen, stehen primär negative Verhaltensweisen im Vordergrund (S. 236). Die vorliegende Bachelor-Arbeit zeigt in Kapitel 6 auf, dass die Stärken-Perspektive in der Praxis ein relevanter Zugang ist, um Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine selbstsorgende Haltung nahezubringen. In diesem Sinne grenzt sich diese Arbeit vom Empowerment-Ansatz ab.

3.2. Historische Herleitung

Der Begriff der Selbstsorge, der aktuell wieder an Bedeutung gewonnen hat, hat seinen Ursprung jedoch in der Antike. Nachfolgend wird die historische Entwicklung des Begriffs erörtert.

Das erste Mal taucht die Selbstsorge als lateinischer Terminus *cura sui* in der antiken Philosophie auf. Platon benutzt diesen Begriff in seinem niedergeschriebenen Dialog zwischen Sokrates und Alkibiades und setzt ihn in einen politischen Rahmen. Sokrates

setzt *cura sui* als unabdingbare Fähigkeit voraus, um über eine Gemeinschaft zu regieren (Gussone & Schiepek, 2000, S. 116). Dabei betont Sokrates, dass Selbstsorge nicht heisst, Reichtum und Macht anzuhäufen, sondern seiner eigenen Seele Sorge zu tragen. Nur wer seiner Seele Sorge trägt, kann der Gemeinschaft dienen und diese führen. Als ebenso wichtig gilt die Pflege der körperlichen Gesundheit. Seelische und körperliche Kräfte sollen dabei mobilisiert werden und ausgleichend aufeinander wirken (Hügli, 1999, S. 274-275). Der antike Philosoph Epiktet sieht die Selbstsorge als sogenanntes Pflicht-Privileg. Seiner Auffassung nach ist die Selbstsorge das, was den Menschen vom Tier unterscheidet und ihm deswegen die psychische und physische Freiheit ermöglicht. Gleichzeitig ist es das Gebot, diese Freiheit auch zu nutzen (Gussone & Schiepek, 2000, S. 115).

Der französische Philosoph Michel Foucault greift das antike Verständnis von Selbstsorge auf und entwickelt es weiter. *Le souci de soi* bildet eines der zentralen Themen seiner Spätwerke. Selbstsorge ist die Fähigkeit, sich nicht von fremden Normen und Vorstellungen bestimmen zu lassen, sondern die Verantwortung für die eigene Lebensgestaltung zu übernehmen. Zu der Sorge um sich gehören nach Foucault die Pflege von Beziehungen zu sich und anderen, Arbeit und Bildung aber auch Körperpflege sowie Ernährungsweise (Gussone & Schiepek, 2000, S. 108). Damit zeigt Foucault die biopsychosozialen Dynamiken und Umsetzungsmöglichkeiten der Selbstsorge auf. Ziel der Sorge um sich ist die Transformation - sprich, sich weiterzuentwickeln. Foucault betont „das Wichtigste im Leben und in der Arbeit ist, etwas zu werden, das man am Anfang nicht war“ (Foucault & Martin, 1993, S. 15). Der Prozess der Selbstsorge stellt dabei eine lebenslange Aufgabe an sich selbst dar (Gussone & Schiepek, 2000, S. 113). Dies verdeutlicht, dass Selbstsorge nicht als stabiler Zustand zu verstehen ist, sondern ähnlich wie beim Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eine ständige Auseinandersetzung mit sich selbst und seinen Widerstandsressourcen.

In der Fachliteratur gewinnt die Selbstsorge 2000 wieder an Bedeutung. Sie wird insbesondere als hilfreiches Instrument zur Burnout-Prävention für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untersucht. Auch andere Personen in helfenden Berufen wie beispielsweise Ärzte und Ärztinnen, psychiatrische Fachkräfte oder Sozialarbeitende haben ein erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken. Diese Berufsgruppen haben gemein, dass sie alle in irgendeiner Form den Kontakt zu einer Klientel pflegen. Dabei spielt die Beziehungsarbeit eine tragende Rolle. Dieser Kontakt ist mit Erwartungen, emotionalem Engagement und Zuwendung verbunden (Gussone und Schiepek,

2000, S. 30). Ein Burnout-Syndrom wirkt sich negativ auf die Beziehung zwischen der professionellen, dienstleistenden Person und deren Klientel aus. John C. Norcross und James D. Guy (2010) beschreiben, dass das Behandlungsergebnis in einer Psychotherapie nur teilweise von der Therapiemethode abhängt. Genauso beeinflussend sind die Beziehungsqualität sowie die Persönlichkeit der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten (S. 22). Durch ihre Arbeit mit Patientinnen und Patienten kommen die Fachpersonen in Berührung mit Gewalt, passiv-aggressivem Verhalten und Wut. Sie erleben eine emotionale Erschöpfung, ausgelöst durch Langeweile, wiederholte emotionale Belastungen oder mangelnde Erfolge (S. 62-63). Auch die Rahmenbedingungen beziehungsweise die institutionellen Strukturen können als belastend empfunden werden, besonders wenn die Betroffenen keine bis wenig Möglichkeiten haben, diese mitzubestimmen (Hoffmann & Hoffmann, 2012, S. 26). Durch Selbstsorge lernen Personen, welche psychischen oder physischen Belastungen ausgesetzt sind, sich nicht zu überfordern. Sie sollen Handlungs- und Gestaltungsspielräume erhalten, erkennen und nutzen (S. 33). Ziel der Selbstsorge ist es, psychischen Erkrankungen vorzubeugen und zu lernen mit belastenden Situationen umzugehen. Dabei sollen Freude, Interesse und Neugierde am alltäglichen Leben erhalten und gefördert werden (S. 36). Diese positiven Emotionen vergrößern die „seelischen Einnahmen“. Sie sind das Pendant zur seelischen Verausgabung, welche Gereiztheit, Niedergeschlagenheit oder Langeweile zur Folge hat und die es zu verringern gilt (S. 39).

Die historische Herleitung hat aufgezeigt, dass die Selbstsorge biologische, soziale und psychologische Dimensionen hat. Durch Selbstsorge werden sowohl das körperliche Wohlbefinden, soziale Beziehungen aber auch der Geist durch positive Emotionen und Bildung gepflegt. Des Weiteren setzt die Selbstsorge im alltäglichen Leben an mit dem Ziel Freude und Interesse an sich und seiner Umwelt zu erhalten.

3.3. Relevanz der Selbstsorge

In der heutigen Gesellschaft scheint Wirtschaftlichkeit oft Vorrang vor den Belangen und Bedürfnissen des Menschen zu haben. Gesellschaftliche, technologische und kulturelle Veränderungen entwickeln sich rasch und scheinen unvorhersehbar. Individuen können sich nicht mehr an standardisierten Lebensläufen, normierten Lebensformen und normativen Vorstellungen orientieren. Überforderungen nehmen zu. Immer mehr Lasten werden nicht von einem Gemeinwesen, sondern von dem und der Einzelnen getragen (Brigitte Aulenbacher & Maria Dammayr, 2014, S. 10). Für das

Individuum bedeutet dies ein verstärkter Leistungsdruck und Konkurrenzkampf. Es wird eine immer höhere Flexibilität sowie Mobilität erwartet. Dabei gibt es weniger Erholung und die Unsicherheit um die Zukunft nimmt zu (Hans-Peter Müller, 2014, S. 27). Diese Entwicklungen können sich negativ auf das alltägliche Leben und die psychische Befindlichkeit auswirken - Selbstsorge wird zu einem wichtigen Bestandteil des individuellen und gesellschaftlichen (Über-)Lebens (Aulenbacher & Dammayr, 2014, S. 9). Dies zeigen auch die Untersuchungen von Ernst-Dieter Lantermann, Elke Döring-Seipel, Frank Eierdanz und Lars Gerhold. Die Autorinnen und Autoren stützen sich dabei auf fünf empirische Studien, welche das Verhalten und Erfahren von Menschen in dieser ungewiss und unsicher wahrgenommenen Welt untersuchen (2009, S. 27). Laut ihnen erfordern die modernen Lebensumstände ein hohes Mass an Selbstsorge (S. 11). Nach Hans-Peter Müller (2014) ist die Selbstsorge in Form von Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung der Weg zur individuellen Lebensführung und einer widerstandsfähigen Psyche (S. 27).

Heiner Keupp (2012) beschreibt unter dem Titel „Das Ich gewinnt im Wir“, dass insbesondere gesellschaftlich ausgegrenzte Menschen die Erfahrung teilen, sich nicht mehr auf Netze des Sozialstaates wie Sozialversicherungen und professionelle Dienstleistungen verlassen zu können oder wollen (S. 25). Sie fühlen sich in den dargebotenen Strukturen missverstanden, vernachlässigt oder sogar geschädigt. Keupp schliesst daraus, dass diese Bedingungen der individualisierten Gesellschaft verschiedene Formen des Engagements und der gegenseitigen Hilfe unabdingbar machen (S. 29-30). Eine zivilgesellschaftliche Form der Selbstsorge sind Selbsthilfegruppen. In diesem Rahmen treffen Individuen auf Solidarität und Gemeinsamkeit aufeinander. In dieser Form der Gemeinschaft können sie sich um sich selbst kümmern, wichtige Ressourcen gewinnen und ihre Lebenssouveränität erweitern (S. 31). Auch Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz und Gerhold betonen die individuelle und gesellschaftliche Komponente der Selbstsorge. So braucht es einerseits die individuelle Entschlossenheit zur Selbstsorge, andererseits eine Gesellschaft, die zur Selbstsorge ermuntert und Selbtsorgemomente ermöglicht (2009, S. 167).

In diesem Kapitel wurde die Vielschichtigkeit des Selbtsorgebegriffes aufgezeigt. Ausserdem wurde verdeutlicht, dass Selbtsorge nicht nur für Fachpersonen eine wichtige Kompetenz ist, sondern für jedes Individuum eine relevante Fähigkeit ist, um mit gesellschaftsbedingten Unsicherheiten und Anforderungen zurecht zu kommen.

Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass Selbstsorge immer in der Wechselwirkung zwischen Individuum und Umfeld geschieht.

Was nötig ist, um die Selbstsorgefähigkeit zu erlangen, wird nachfolgend am Modell von Beckmann-Neuhaus aufgezeigt. In diesem Modell sind einige Ausführungen zur Geschichte des Begriffes wiederzuerkennen. Zudem lehnt es stark an die Salutogenese nach Antonovsky an und verdeutlicht damit, dass Selbstsorge in der Salutogenese zu verorten ist.

3.4. Modell der Selbstsorgefähigkeit

Die vorliegende Arbeit baut auf dem Modell zur Selbstsorgefähigkeit von Beckmann-Neuhaus auf. Die Sportwissenschaftlerin und Sportpädagogin Beckmann-Neuhaus arbeitet im psychiatrischen Setting mit Menschen mit verschiedenen psychischen Beeinträchtigungen. Beckmann-Neuhaus (2015) sieht Stress als wesentlichen Einflussfaktor für die Entstehung von psychischen Erkrankungen. „Daher macht es Sinn, (. . .) Möglichkeiten der Stresssteuerung und daher die Möglichkeit der Selbstfürsorge zu vermitteln, um so eine Gesunderhaltung zu unterstützen“ (S. 202). In diesem Sinne entwickelt sie nachfolgend abgebildetes Modell der Selbstsorgefähigkeit.



Abbildung 3: Aspekte der Selbstsorgefähigkeit (leicht modifizierte Darstellung nach Beckmann-Neuhaus, 2012, S. 82)

Beckmann-Neuhaus geht davon aus, dass folgende fünf Aspekte wesentlich für die Fähigkeit der Selbstsorge sind: Die Stärkung des Selbst, Selbsterleben, Selbstentfaltung, Selbstreflexion und Selbstregulierung (siehe Abb. 3). Nachfolgend werden die fünf Aspekte im Einzelnen erläutert. Als Sportwissenschaftlerin bezieht Beckmann-Neuhaus die Selbstsorgeaspekte insbesondere auf die physische Selbstwahrnehmung. Gestützt auf weiterführende Literatur wird versucht, ein ganzheitliches Bild der fünf Aspekte zu vermitteln und ihre Bedeutung auf der psychosozialen Ebene zu erläutern.

3.4.1. Selbststärkung

Erlebte Stressmomente führen dazu, dass sich die Betroffenen auf die Anforderungen fixieren und dabei ihre Ressourcen vergessen. Dieses Überforderungserleben verunsichert (Beckmann-Neuhaus, 2012, S. 82). Beckmann-Neuhaus sieht deshalb die Selbststärkung als wichtige Voraussetzung, um mit Stresssituationen umzugehen. Unter Selbststärkung versteht sie ein „sich auf sich besinnen“ oder „mit sich in Kontakt kommen“. Die Selbststärkung kann sowohl auf mentaler als auch auf körperlicher Ebene geübt werden. Beispielsweise durch Meditation, körperliche Bewegung oder die Auseinandersetzung mit persönlichen Stärken und Zielen. Indem man sich seinem Ich und Nicht-Ich bewusst wird, zwischen äusserlichen Erwartungen und persönlichen Präferenzen unterscheidet, kann sich eine Person selbstvergewissern (ebd.). Beckmann-Neuhaus verweist dabei auf die Selbstwirksamkeit, welche im salutogenen Denken bedeutend für ein gelingendes Stressmanagement ist. So kann das Entdecken von persönlichen Ressourcen beispielsweise durch das Bewegungserleben bei sportlichen Aktivitäten die Selbstwirksamkeitserfahrung erhöhen (2012, S. 82). Zur Selbststärkung tragen zudem eine gesunde Ernährung und ausreichend Schlaf bei. Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz und Gerhold sprechen dabei von Selbstpflege. Durch selbstpflegendes Verhalten wird ein liebevoller, wohlwollender Umgang mit sich selbst geübt. Selbstpflege hat verschiedene Facetten. So gehören die Sorge um seine Gesundheit und äussere Erscheinung dazu. Selbstpflege heisst aber auch, sein zu Hause so zu gestalten, dass man sich darin wohlfühlt und sich bewusst Zeit für sich nehmen (2009, S. 137-138). Ein Selbstsorgemoment zu schaffen kann also beispielsweise heissen, sich bewusst Zeit für ein heisses Bad zu nehmen und dieses zu geniessen.

3.4.2. Selbsterleben

Um einen gesunden Weg zu finden, mit Stresssituationen umzugehen, ist das Selbsterleben unabdingbar. Es gilt „für Körperempfindungen sensibel zu werden, um so eigene Bedürfnisse und Grenzen und insbesondere Signale des Stresserlebens zu erkennen“ (Beckmann-Neuhaus, 2012, S. 82). Hoffmann und Hoffmann sehen den Körper als Basis des Selbsterlebens. Zum menschlichen Erleben und Dasein gehört es, mit dem eigenen Körper in verschiedenen Situationen gegenwärtig zu sein, zu empfinden, zu spüren und eigene Absichten mit seinem Körper auszudrücken. Psychische und physische Erfahrungen hängen dabei eng zusammen. So kann sich beispielsweise Angst durch körperliches Unwohlsein ausdrücken oder Wohlbehagen durch empfundene Wärme (2012, S. 45). Werden die körperlichen Signale und Bedürfnisse über eine längere Zeit übergangen oder unterdrückt, so führt dies zu chronischer Unzufriedenheit und kann psychische Erkrankungen fördern (S. 46). Es gibt verschiedene Formen, den Zugang zum Selbsterleben zu ermöglichen. So kann man beispielsweise trainieren, die persönlichen Stresssignale gezielt wahrzunehmen und diese zu dokumentieren. Beckmann-Neuhaus beschreibt: „Eine Person findet in fühlender Wahrnehmung einen Zugang zur eigenen Befindlichkeit, zu den Stimmungslagen und den körperlichen Konfigurationen“ (Beckmann-Neuhaus, 2015, S. 198). Möglichkeiten, um sich selbst zu spüren, bieten beispielsweise Massagen, Bewegung im Wasser durch Schwimmen oder Bewegung zum Rhythmus durch Tanzen (ebd). Des Weiteren geht es beim Selbsterleben aber auch darum, die eigene Wirkung auf andere wahrzunehmen. Dies geschieht in sozialen Interaktionen – das eigene Handeln kann dadurch wahrgenommen werden, indem ein Gegenüber darauf reagiert (Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz & Gerhold, 2009, S. 12). Die Pflege von sozialen Beziehungen und Netzwerken ist nicht nur für das Selbsterleben relevant, sondern generell in der Selbstsorge bedeutend. Ein auf sich achtender Umgang beinhaltet auch immer eine Sozialsorge indem man die Beziehungen zu anderen geliebten Menschen pflegt und gemeinsam wertvolle Momente schafft (ebd).

3.4.3. Selbstentfaltung

Bei der Selbstentfaltung knüpft Beckmann-Neuhaus an das Kohärenzgefühl von Antonovsky an. Selbstentfaltung geschieht durch das Verfolgen von persönlichen Interessen, weswegen sie einer gewissen subjektiven Sinnhaftigkeit untersteht. Es geht darum, sich in einem geschützten Rahmen auszuprobieren und zu experimentieren. Bei der Selbstentfaltung lernt eine Person in einem Schutzraum ihren eigenen Fähig-

keiten und Ressourcen zu vertrauen, schöpft diese aus und entwickelt sie weiter. Das Vertrauen in die eigene Kraft beschreibt Antonovsky mit Handbarkeit (Beckmann-Neuhaus, 2012, S. 84). Indem neue Fertigkeiten und Kompetenzen erlernt werden, beginnt das Individuum Zusammenhänge zu begreifen (Verstehbarkeit). Somit wird das Kohärenzgefühl gestärkt und eine selbstverantwortliche und gelingende Auseinandersetzung mit unsicheren, komplexen und unbekanntem Lebenslagen ermöglicht (Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz & Gerhold, 2009, S. 11). Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz und Gerhold schlagen verschiedene Selbstsorgemöglichkeiten durch den Erwerb von Kompetenzen vor. Sie nennen beispielsweise kreative Fähigkeiten wie Musizieren oder Malen, das Erweitern von Computer- oder Sprachkenntnissen, körperliche Fähigkeiten wie Tanzen, Yoga oder sportliche Aktivitäten oder spezifische psychologische Fähigkeiten wie Selbstbehauptung oder Stressbewältigung (S. 140).

3.4.4. Selbstreflexion

Wie schon bei Foucault erkennbar, ist das Ziel der Selbstsorge, sich eigenen und fremden Werten bewusst zu werden, diese zu reflektieren und sich somit weiterzuentwickeln (siehe Kapitel 3.2). Durch die Auseinandersetzung mit eigenen Ressourcen und das Ausprobieren in neuen Settings lernt sich eine Person selbst verstehen und übt sich dabei in Selbstreflexion. „Ein Leben in Selbstfürsorge erfordert eine Auseinandersetzung mit den eigenen handlungsbestimmenden Sinngestaltungen und Motiven“ (Beckmann-Neuhaus, 2012, S. 84). Dabei gilt es, die eigenen stressauslösenden Verhaltensmuster zu erkennen und zu hinterfragen (2015, S. 199). Die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie oder der Familiengeschichte bietet neben vielen weiteren Instrumenten die Möglichkeit, um sich selbst zu verstehen und zu reflektieren (2012, S. 84).

3.4.5. Selbstregulierung

Beckmann-Neuhaus versteht unter Selbstregulierung bewusst, körperliche Funktionen wahrzunehmen und zu regulieren. Dies geschieht beispielsweise über Atemübungen oder Techniken zur Entspannung. Gerade bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wirkt dieses bewusste Besinnen auf das Hier und Jetzt durch körperliche Wahrnehmung beruhigend und haltgebend. Ein Beispiel für die Selbstregulierung ist ein gesundes Essverhalten, indem man sich auf die körperlichen Signale konzentriert und dann aufhört zu essen, wenn sich ein Sättigungsgefühl einstellt (2015, S. 195-196).

Selbstregulierung kann sich aber auch auf das bewusste Steuern von Impulsen, Emotionen oder Handlungsabläufen beziehen. Wer sich selbst erfolgreich regulieren kann, kann auch besser mit Anforderungen der Umwelt umgehen (Lantermann, Döring-Seipel, Eiderdanz & Gerhold, 2009, S. 16). Indem man bewusst Geld spart, um sich damit einen Wunsch zu erfüllen oder seine Wohnung oder den Kleiderschrank ausmistet, kann man Selbstsorgemomente schaffen. Durch selbstpflegendes Verhalten wird das Individuum darin gestärkt, als autonomes, eigenverantwortliches Wesen die eigenen Lebensumstände beeinflussen zu können (S. 137).

Laut Beckmann-Neuhaus entsteht die Selbstsorgefähigkeit aus diesen fünf beschriebenen Aspekten. Durch diese Fähigkeit ist das Individuum in der Lage, sein persönliches Mass zwischen Über- und Unterforderung zu finden und somit seine psychische Gesundheit zu erhalten (Beckmann-Neuhaus, 2012, S. 81). Praktische Beispiele für Selbstsorge sind eine morgendliche Joggingrunde durch den Wald, ein Feierabendbier mit Freunden oder eine Weiterbildung. Diese Vielfalt an Selbstsorgemöglichkeiten zeigt auf, warum der Begriff schwer zu fassen ist. Es gibt keine allgemein geltende Selbstsorgepraktik. Die Umsetzungsmöglichkeiten sind individuell und müssen als subjektiv stimmig wahrgenommen werden. Die Aneignung von Kompetenzen, die Pflege von sozialen Beziehungen und die Selbstpflege sehen Lantermann, Döring-Seipel, Eiderdanz und Gerhold jedoch als besonders relevante Selbstsorgehandlungen an (2009, S. 11-12).

4. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Vorab wird mittels einiger sprachlicher Überlegungen Stellung zu den verwendeten Begrifflichkeiten der kognitiven Beeinträchtigung genommen. Es wird aufgezeigt, dass das Phänomen kognitive Beeinträchtigung aus verschiedenen Perspektiven beschrieben werden kann. Ferner wird ein sozialpädagogischer Bezug hergestellt. Die Betrachtungsweisen werden mit den vier Paradigmen nach Dieter Röh (2018) spezifiziert. Mit der Klassifikation nach der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wird der Personenkreis von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung für diese Arbeit eingegrenzt.

4.1. Begriffserklärung kognitive Beeinträchtigung

In der deutschsprachigen Fachliteratur wird überwiegend mit dem Begriff geistige Behinderung gearbeitet. Angloamerikanische Termini sind beispielsweise *mental handicap*, *intellectual disabilities* oder *special needs*. Diese Begriffsvielfalt lässt bereits verschiedene Sichtweisen wie beispielsweise eine defizit- oder ressourcenorientierte Sichtweise auf das Phänomen der Beeinträchtigung erkennen (Reinhilde Stöppler, 2014, S. 16-17). In vorliegender Bachelor-Arbeit wird auf den Begriff „geistig behindert“ verzichtet, da er stigmatisierend und diskriminierend wirkt. Im Versuch, diesen negativen Beiklang abzuschwächen, wird von „kognitiver Beeinträchtigung“ gesprochen. Zudem wird die Beschreibung „Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung“ verwendet. Damit soll das Individuum in den Vordergrund gestellt werden: Der Mensch soll nicht als kognitiv beeinträchtigt etikettiert werden, sondern wird in erster Linie als Mensch in seinen verschiedenen Rollen verstanden (ebd.).

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung stellen keine einheitliche Gruppe mit gleichen Merkmalen dar. Das Phänomen der kognitiven Beeinträchtigung ist von der Individualität der Betroffenen geprägt (Stöppler, 2014, S. 19). Es gilt, verschiedene medizinische, individuelle und soziale Aspekte zu beachten. Dies erschwert es, eine allgemeingültige Bedeutung von kognitiver Beeinträchtigung festzuhalten (S. 16). Anton Došen betont, dass der Entwicklungsstand von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung nicht ihrem biologischen Alter entspricht und definiert kognitive Beeinträchtigung als Entwicklungsstörung (2010, S. 17). Die WHO konzentriert sich auf die beeinträchtigte Intelligenz und soziale Kompetenz besagter Personen. Sie definiert eine kognitive Beeinträchtigung als eine „verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen oder anzuwen-

den“ (2010). Das kann zur Folge haben, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung nur erschwert ein eigenständiges Leben führen können. Deswegen hängt die Beeinträchtigung nicht nur von der individuellen Gesundheit der Betroffenen ab, sondern auch davon, inwiefern die gegebenen Rahmenbedingungen eine umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen“ (ebd.). Im Sinne einer sozialpädagogischen Denkweise wird die Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung als Mensch mit Lern- und Entwicklungspotential und individuellen Bedürfnissen gesehen. Um die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen, kann sozialpädagogische Unterstützung in verschiedenen gesellschaftsrelevanten Bereichen wie Selbstversorgung, Selbstbestimmung, Wohnen, Arbeit, Freizeit oder Kommunikation von Nutzen sein.

4.2. Die vier Paradigmen

Vorgängig wurde deutlich, dass kognitive Beeinträchtigung, deren Ursachen und Bedeutung für das Individuum aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden können. Röh setzt sich mit der Behindertenpädagogik im Kontext der Sozialen Arbeit auseinander und definiert dabei vier Paradigmen. Die Paradigmen werden an dieser Stelle kurz erläutert.

Im **medizinischen Paradigma** wird eine Beeinträchtigung als physische, psychische oder kognitive Abweichung von der Norm betrachtet. Dies ist eine defizitäre Sichtweise mit dem Ziel, eine Beeinträchtigung durch die richtige Diagnose und geeignete Therapie zu korrigieren (Röh, 2018, S. 50). Im medizinischen Paradigma werden die Normabweichungen beziehungsweise Krankheitsbilder klassifiziert. Die kognitive Beeinträchtigung wird anhand des Intelligenzquotienten (IQ) gemessen, Somit lässt sich eine Einteilung in eine leichte, mässige, schwere bis schwerste kognitive Beeinträchtigung diagnostizieren (S. 51).

Das **soziologische Paradigma** erklärt, wie eine Beeinträchtigung durch gesellschaftliche Mechanismen zum Stigma wird. Röh nennt als Beispiel die sogenannte Lernbehinderung: Kann ein Kind in der Schule im Vergleich zu seinen Mitschülerinnen und Mitschülern Lerninhalte weniger gut oder nur langsam aufnehmen, wird es von der Lehrperson möglicherweise als „lernschwach“ eingeschätzt. Diese Beobachtung wird dadurch bestätigt, dass das Kind dem Lehrplan nicht folgen kann, welcher in diesem Falle die Norm vorgibt. Diese Normabweichung bestätigt wiederum das Attribut „lernschwach“ beziehungsweise die Lernbehinderung. Demzufolge werden be-

stimmte Merkmale von der Gesellschaft als Normabweichung wahrgenommen und dem oder der Betroffenen als Wesenseigenschaft zugeschrieben. Infolge dessen wird ein Individuum über bestimmte Merkmale als „behindert“ etikettiert und diskriminiert (S. 52-53).

Das **systemtheoretisch-konstruktivistische Paradigma** beschreibt die Wechselwirkung zwischen System und Individuum. Es weist Ähnlichkeiten zu den beiden vorhergehend beschriebenen Paradigmen auf. Dabei hat die Etikettierung eine gesellschaftliche Funktion (soziologisches Paradigma). In dem die Normabweichung (medizinisches Paradigma) benannt wird, schafft man Orientierung und vereinfacht „die Bandbreite menschlichen Daseins, Aussehens, Wesens und Handelns“ – die Komplexität wird reduziert (Röh, 2018, S. 53). Durch die herrschende Normativität in der Gesellschaft werden Individuen als normal und nicht normal bewertet. Dadurch werden Normabweichungen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung realisiert (S. 54).

Im **kritischen Paradigma** werden Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung als diejenigen gesehen, die den gesellschaftlichen Anforderung nicht entsprechen. Das kritische Paradigma beschreibt spezifische Mechanismen, wie Menschen, welche von der Norm abweichen, selektiert und isoliert werden (Röh, 2018, S. 56-57). So galten historisch betrachtet Menschen mit einer Beeinträchtigung als minder arbeitsfähig. Sie wurden vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen, waren arbeitslos und wurden in Heimen und Institutionen untergebracht, in welchen sie von der Gesellschaft isoliert lebten (ebd). Das kritische Paradigma nach Röh ist klar defizitär und orientiert sich an gesellschaftshistorischen Prozessen (ebd.).

Die vier Paradigmen verdeutlichen die unterschiedlichen Sichtweisen auf Ursache und Bedeutung von Beeinträchtigung. Mit der Klassifikation nach ICF wird versucht, ein ganzheitliches Bild der Beeinträchtigung zu schaffen und dem „Spannungsfeld zwischen einerseits individuellen Schädigungen (medizinisches Paradigma), interaktionistischen Zuschreibungen (systemtheoretisch-konstruktivistisches Paradigma) und gesellschaftlichen Bedingungen (soziologisches Paradigma) gerecht zu werden“ (Röh, 2018, S. 56). Beeinträchtigung wird somit als interdisziplinäres Phänomen verstanden (ebd.). Nachfolgend wird in das genannte Klassifikationssystem eingeführt.

4.3. Klassifikation nach ICF

Zum Personenkreis von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gehören sowohl Menschen mit einer leichten Lernbehinderung als auch Personen mit einer Mehrfachbehinderung, deren Motorik oder Sinnesfunktion eingeschränkt ist. Den einen ist es möglich, ihr Leben weitgehend selbstständig zu gestalten, andere sind auf pflegerische und sozialpädagogische Betreuung angewiesen (Stöppler, 2014, S. 18). Weil es unterschiedliche Formen und Ausprägungen von kognitiver Beeinträchtigung gibt, wurden verschiedene Systeme der Klassifikation entwickelt. 2001 verabschiedete die WHO die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Mit der ICF soll die Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit durch einen interdisziplinären Zugang erfasst werden. Dies ermöglicht, Komponenten von Gesundheit und Wohlbefinden in standardisierter Form festzuhalten. Das macht die ICF für verschiedene Disziplinen anwendbar und vereinfacht die Kommunikation zwischen Menschen mit einer Beeinträchtigung, Fachpersonen, Politiker und Politikerinnen und Forschenden (DIMDI, 2005, S. 11). Zudem werden „unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt“, weswegen das Instrument auch für die Praxis dienlich ist (S. 5).

Im Gegensatz zu früher entwickelten Klassifikationssystemen wird mit der ICF keine *Person klassifiziert* sondern eine *Situation beschrieben* (Georg Theunissen, 2016, S. 35). Die ICF baut auf dem biopsychosozialen Modell auf. Probleme und Störungen werden nicht als Attribute einer Person angesehen, sondern als negative Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Komponenten verstanden. Eine Beeinträchtigung wird dabei nicht an Faktoren wie dem IQ gemessen, sondern an den Teilhabechancen (Michael Schuntermann, 2016, S. 478). Lingg und Theunissen (2017) betonen, dass die Konsequenz dieses ganzheitlichen Ansatzes ist, Unterstützungsmassnahmen nicht nur auf das Individuum zu beziehen, sondern Rahmenbedingungen zu verändern, um den Rechten, Interessen und Bedürfnissen einer Personen mit einer Beeinträchtigung gerecht zu werden (S. 17).

In nachfolgender Abbildung werden die verschiedenen Einflussfaktoren auf den Menschen und seine Gesundheit ersichtlich:

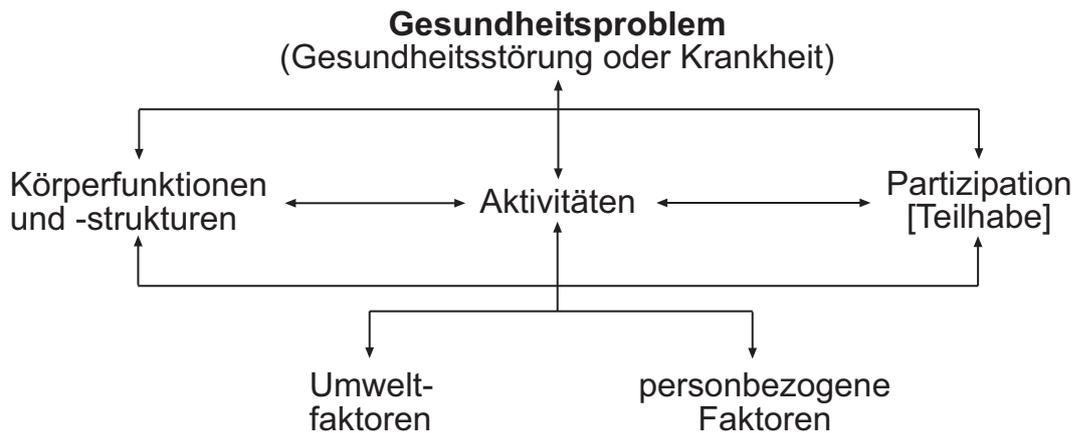


Abbildung 4: Wechselwirkungen der Komponenten (DIMDI, 2005, S. 23)

In Abbildung 4 ist ersichtlich, dass der Gesundheitszustand von den Wechselwirkungen verschiedener Komponenten abhängt. Beeinträchtigung und Funktionalität werden mit den Komponenten „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivitäten“ und „Partizipation“ auf biologischer, individueller und sozialer Ebene beschrieben. Die „Umweltfaktoren“ und „Personenbezogenen Faktoren“ geben Aufschluss über den Kontext (DIMDI, 2005, S. 13-14).

In der nachfolgenden Tabelle werden die Komponenten sowie ausgesuchte Merkmale ersichtlich. Sie dient dazu, den Personenkreis, auf welcher sich diese Arbeit bezieht, abzubilden. Den einzelnen Komponenten lassen sich teilweise bis zu 800 Merkmale zuordnen. Die Tabelle dient der Veranschaulichung, sie hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

	Komponente	Merkmale
Funktionalität und Beeinträchtigung	Körperfunktion und -Strukturen Dieser Bereich beschreibt die körperliche Funktion eines Menschen (Theunissen, 2016, S. 34).	<ul style="list-style-type: none"> - eingeschränkte mentale Fähigkeiten (Intelligenz, Bewusstsein, Orientierung, Erinnerungsvermögen) - eingeschränkte Funktion der psychischen Energie und des Antriebs (Motivation, Impulskontrolle, Durchsetzungskraft) - vorhandene Sinnesfunktionen (Sehen, Hören, Tasten, Schmecken, Schmerzempfinden) - vorhandene Stimm- und Sprechfunktion - vorhandene Bewegungsfunktionen

	<p>Aktivitäten Dieser Bereich befasst sich mit dem, was ein Mensch tut und wie er oder sie mit der Umwelt interagiert. Er gibt beispielsweise Auskunft über die soziale Kommunikation oder die Alltagsbewältigung einer Person (Theunissen, 2016, S. 34.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - leicht eingeschränkte bewusste sinnliche Wahrnehmung - durch Unterstützung elementares Lernen möglich (Nachahmen, Üben, Informationen erwerben) - eingeschränkte Wissensanwendung (Lesen, Schreiben, Rechnen) - Fähigkeit zum Übernehmen von Einzelaufgaben und täglichen Routinen vorhanden - eingeschränkt im Umgang mit Stress, psychischen Anforderungen oder der eigenen Verhaltenssteuerung - mit Unterstützung häusliches Leben führen können (Zubereiten von Mahlzeiten, Haushaltsaufgaben erledigen)
	<p>Partizipation Dieser Bereich beleuchtet die Teilhabemöglichkeiten einer Person in verschiedenen Lebensbereichen (Theunissen, 2016, S. 34).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation als Empfänger ist wenn nötig mit Unterstützung möglich (gesprochene, non-verbale-Mitteilung, Piktogramme) - Kommunikation als Sender ist wenn nötig mit Unterstützung möglich (Sprechen, präverbale Äusserungen, non-verbale Mitteilungen produzieren, Singen) - Mobilität ist wenn nötig mit Unterstützung möglich (sich innerhalb und ausserhalb der Wohngruppe bewegen, Transportmittel nutzen) - interpersonelle Beziehungen ist wenn nötig mit Unterstützung möglich (Beziehungspflege, Familienbeziehungen, intime Beziehungen)
<p>Kontextfaktoren</p>	<p>Umweltfaktoren Mit Umweltfaktoren werden äussere Einflüsse auf eine Person beschrieben. Das können materielle, soziale oder einstellungsbezogene Faktoren sein (DIMDI, 2005, S. 16-17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Technologien und Produkte zur möglichen Unterstützung von Mobilität, Kommunikation, Bildung und Sport vorhanden - Wohnen in einer barrierefreien, betreuten Wohngruppe einer Institution für erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung - Unterstützung durch Pflege-, Betreuungs- und andere Fachpersonen vorhanden
	<p>Personenbezogene Faktoren Unter Personenbezogenen Faktoren werden die individuellen Daten zusammengefasst. Diese sind nicht durch spezifische Merkmale im ICF klassifiziert (DIMDI, 2005, S. 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - weiblich und männlich - 17- 65 Jahre alt - befindet sich in einem geregelten Arbeitsverhältnis oder geht einer Tagesbeschäftigung nach

Tabelle 2: Einordnung nach ICF (eigene Darstellung)

Indem die Klientel auf diese Weise beschrieben wird, ist es möglich in Kapitel 7 geeignete Selbstsorgemöglichkeiten vorzustellen. Wie die genannten Ausführungen erkennen lassen, benötigen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung unter Umständen Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen. Es gilt, das Entwicklungspotential von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu erkennen und auszuschöpfen. Dies geschieht unter anderem in sozialpädagogischer Arbeit im Heimwesen. 2012 machen in der Schweiz Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung 55 Prozent der in Institutionen lebenden Menschen aus (BFS). Gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) nimmt die Anzahl der Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in sozialpädagogischen Institutionen zu (2017). Deswegen fokussiert sich die Arbeit auf erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, welche in einer betreuten Wohngruppe im institutionellen Setting leben.

5. Psychische Gesundheit und kognitive Beeinträchtigung

In diesem Kapitel wird auf den Zusammenhang zwischen kognitiver Beeinträchtigung und psychischer Gesundheit eingegangen. Es wird beschrieben, weshalb Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung besonders gefährdet sind, psychisch zu erkranken. Ferner wird erläutert, welche Faktoren das psychische Wohlbefinden von Klientinnen und Klienten beeinflussen sowie das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und das Coping vorgestellt.

5.1. Besonderheiten bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wurden lange Zeit in psychiatrischen Einrichtungen versorgt. Sie galten damals weder als bildungs- noch entwicklungsfähig und wurden primär gewaschen, gepflegt und versorgt (Andreas Möckel, 2016, S. 121). Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten wurden als Teil der kognitiven Beeinträchtigung beziehungsweise als Wesensmerkmal der hospitalisierten Personen betrachtet. Mit der Enthospitalisierung begannen sich zwei getrennte Helfersysteme zu etablieren: spezialisierte Unterstützungsangebote für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung und Angebote für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Im Zuge dessen veränderte sich das Verständnis von kognitiver Beeinträchtigung. Psychische Auffälligkeiten wurden nicht mehr als Folge der Beeinträchtigung gesehen, sondern unabhängig davon betrachtet (Röh, 2018, S. 14).

Im Sinne der Ressourcenorientierung wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung psychisch gesund sind. In Kapitel 2 wurde beschrieben, dass ein psychisch gesunder Mensch die eigenen Fähigkeiten kennt, die Anforderungen des Lebens bewältigen kann und fähig ist, einen Teil zur Gemeinschaft beizutragen. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung können diese Anforderungen entsprechend ihrem Entwicklungsstand erfüllen und sind dementsprechend per Definition psychisch gesund.

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung können sowohl herausfordernde Verhaltensweisen zeigen als auch von psychischen Störungen betroffen sein – genau wie Personen ohne Beeinträchtigung. Wenn eine Person zu viel Stress auf einmal oder über einen langen Zeitraum hinweg erlebt und nicht über wirksame Bewältigungsstrategien verfügt, kann das zu psychischen Erkrankungen führen (Haveman & Stöppler, 2014, S. 123-124). Schlosser (2005) betont:

„Stresssituationen stellen für Menschen mit geistiger Behinderung sowohl zu Hause (z. B. durch einengendes Verhalten von Angehörigen) als auch in den Einrichtungen (z. B. durch Lärm und Konflikte) ein nicht zu vernachlässigendes Problem dar, das sich sowohl in körperlichen als auch in psychischen Symptomen äussern kann.“ (zit. in Haveman & Stöppler, 2014, S. 124)

Psychische Störungen lassen sich bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung nur schwer diagnostizieren. Dies liegt einerseits an der oft vorhandenen Sprachbarriere; Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind häufig nicht in der Lage, selber Auskunft über ihr Befinden zu geben. Zu dieser Schwierigkeit kommen behindertenspezifische Ausdrucksformen hinzu. Wenn eine Person beispielsweise nicht über körperliche Beschwerden oder Schmerzen informieren kann, kann sie dies durch herausforderndes Verhalten zum Ausdruck bringen. Dieses Verhalten wird vom Umfeld womöglich als Symptom psychischer Erkrankungen missverstanden (Lingg & Theunissen, 2017, S. 19-20).

5.2. Prävalenz und beeinflussende Faktoren

Trotz den diagnostischen Schwierigkeiten gehen Lingg und Theunissen (2017) davon aus, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein drei- bis vierfach höheres Risiko haben, psychisch zu erkranken als Personen ohne Beeinträchtigung (S. 44). Dies bestätigen auch Eric Emerson und Chris Hatton mit ihrer in Grossbritannien durchgeführten Studie zur „Mental Health of Children and Adolescents with Intellectual Disabilities“ (siehe Abb. 5). Sie untersuchten die Prävalenz, also die Krankheitshäufigkeit, von Kindern und Erwachsenen mit und ohne kognitiver Beeinträchtigung auf verschiedene psychische Störungen wie beispielsweise Angststörungen, Depression oder Tic-Störungen. Wie in Abbildung 5 ersichtlich, ist die Prävalenz bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung jeweils höher als bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung. Emerson und Hatton belegen mit dieser Studie Folgendes: „35-40% of children and adolescents with intellectual disabilities are likely to have a diagnosable psychiatric disorder“ (2007, S. 493).

	Point prevalence, %		Odds ratio (95% CI)
	With intellectual disability	Without intellectual disability	
Any psychiatric disorder	36.0	8.0	6.5 (5.4–7.7)***
Any emotional disorder	12.0	3.7	3.6 (2.8–4.6)***
Any anxiety disorder	11.4	3.2	3.9 (3.0–5.0)***
Separation anxiety	2.7	0.6	4.9 (2.9–8.3)***
Specific phobia	2.0	0.8	2.4 (1.4–4.3)**
Social phobia	0.9	0.3	3.3 (1.4–7.7)**
Panic disorder	0.2	0.2	1.0 (0.1–7.3)
Agoraphobia	0.2	0.1	1.7 (0.2–13.1)
Post-traumatic stress disorder	0.5	0.2	3.1 (0.9–10.2)
Obsessive–compulsive disorder	0.2	0.2	0.7 (0.1–5.1)
Generalised anxiety disorder	1.6	0.6	2.5 (1.3–4.9)**
Other anxiety disorder	4.4	0.9	4.8 (3.2–7.2)***
Any depressive disorder	1.4	0.9	1.7 (0.8–3.3)
Depressive episode	0.9	0.6	1.5 (0.7–3.4)
Other depressive episode	0.5	0.2	2.1 (0.7–7.0)
Hyperkinesis (ADHD)	8.3	0.9	8.4 (6.1–11.5)***
Any conduct disorder	20.5	4.3	5.7 (4.6–7.0)***
Oppositional defiant disorder	11.1	2.3	5.3 (4.1–6.9)***
Unsocialised conduct disorder	1.9	0.4	4.9 (2.8–8.5)***
Socialised conduct disorder	1.3	0.9	2.1 (1.2–3.8)**
Other conduct disorder	5.2	0.5	10.5 (7.0–15.7)***
Autistic-spectrum disorder	8.0	0.3	33.4 (22.3–50.2)***
Tic disorder	0.8	0.2	5.2 (2.0–13.5)**
Eating disorder	0.2	0.1	1.3 (0.2–9.4)
Emotional disorder + conduct disorder	4.4	0.8	5.8 (3.8–8.8)***
Conduct disorder + ADHD	5.8	0.6	9.4 (6.5–13.8)***
Emotional disorder + ADHD	1.3	0.1	9.8 (4.4–21.9)***
Emotional disorder + conduct disorder + ADHD	0.8	0.1	8.7 (3.2–23.9)***

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.
 ADHD, attention-deficit hyperactivity disorder.
 I. Those with missing data were excluded from analyses.

Abbildung 5: Point prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents with and without intellectual disabilities (Emerson & Hatton, 2007, S. 495)

Die erhöhte Anfälligkeit für psychische Erkrankungen begründen Emerson und Hatton einerseits damit, dass sich die Intelligenzminderung negativ auf die Resilienz von Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auswirkt. Weiter sehen sie einen ungünstigen sozialen Kontext wie beispielsweise einengende Lebensbedingungen als Risikofaktor (2007, S. 499). Auch Lingg und Theunissen nennen das Ausmass der Beeinträchtigung sowie den Grad der Institutionalisierung als relevante Einflussfaktoren (2017, S. 44). Došen unterscheidet zwischen Anlagefaktoren und Umweltfaktoren. Bei den Anlagefaktoren handelt es sich um pathologische Merkmale wie beispielsweise hirn-

ganische Schäden oder genetische Erkrankungen (2010, S. 34-35). Anlagefaktoren, welche psychische Störungen verursachen, sind eine messbare Abweichung von der Norm und entsprechen demnach dem medizinischen Paradigma. Der Umweltfaktor ist mit dem soziologischen Paradigma vergleichbar. Bezogen auf das Leben in einer betreuten Wohngruppe sind störende Umweltfaktoren beispielsweise eine hierarchische Organisationsstruktur, zu viele Mitbewohnende oder ein häufiger Personalwechsel (S. 35). Als dritten Faktor nennt Došen die sogenannten kritischen Lebensereignisse. Dazu zählen beispielsweise der Verlust der Arbeitsstelle, einer wichtigen Bezugsperson oder eine schwere Erkrankung (ebd.).

Die erhöhte Anfälligkeit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung für psychische Erkrankungen resultiert folglich aus der biopsychosozialen Wechselwirkung zwischen individueller Veranlagung und sozialem Umfeld. Dies geht auch aus dem nachfolgend vorgestellten Vulnerabilitäts-Stress-Modell hervor, auf welches Lingg und Theunissen verweisen, um die erhöhte Prävalenz zu erklären (2017, S. 27-28).

5.2.1. Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell hat seinen Ursprung in der Schizophrenie-Forschung und gilt heute in der Behindertenarbeit als wichtiges Erklärungsmodell für psychische Erkrankungen von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Vulnerabilität bedeutet die emotionale und psychische Verletzlichkeit. Sie ist das Gegenteil von Resilienz, welche als psychische Widerstandskraft beschrieben werden kann (Theunissen, 2013, S. 405-406). Es wird davon ausgegangen, dass Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung „besonders anfällig (vulnerabel) für psychische Krisen und Störungen sind und in weit aus stärkerem Masse als andere zusätzliche Energien mobilisieren müssen, um körperliche oder psychosoziale Belastungen aushalten zu können“ (Lingg & Theunissen, 2017, S. 27). Das nachfolgend abgebildete Modell zeigt auf, dass die vorhandene Vulnerabilität von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zusammen mit Stressoren aus individuellen oder sozialen Belastungen zu Symptomen psychischer Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten führen können.

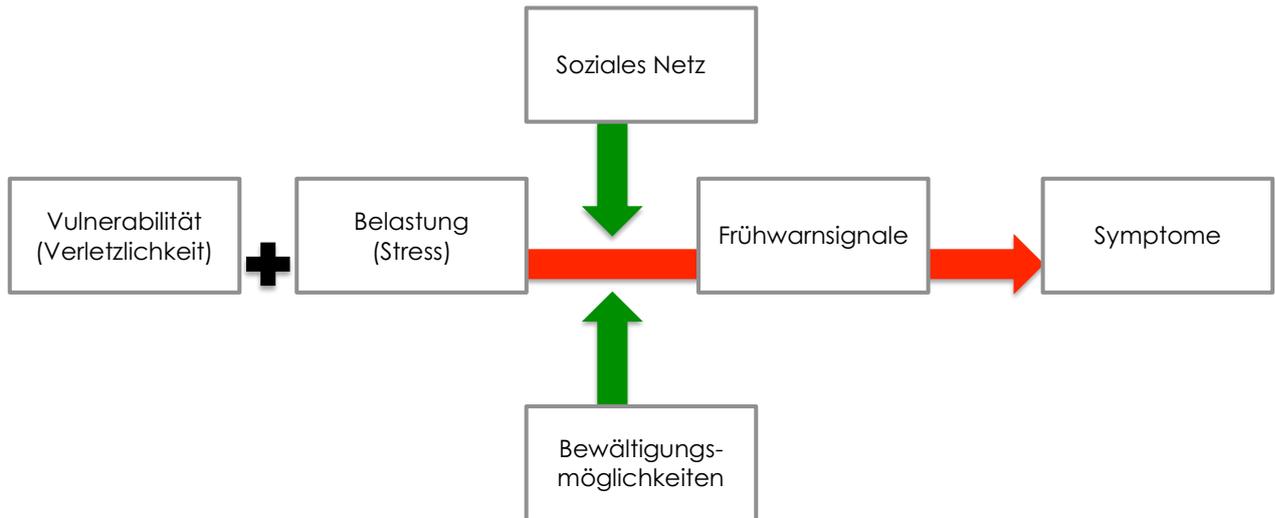


Abbildung 6: Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell (DGBS, 2014)

Das soziale Netz und individuelle Bewältigungsstrategien sind Möglichkeiten, um Widerstandskräfte zu stärken und somit die psychische Gesundheit positiv zu beeinflussen. Im Sinne der Ressourcenorientierung kann das Individuum durch soziale Unterstützung sein Handlungsrepertoire erweitern und Ressourcen aktivieren (Lingg & Theunissen, 2017, S. 28).

5.2.2. Coping

Die Coping-Forschung befasst sich damit, wie man mit Beeinträchtigung, Veränderung oder Krankheit umgeht. Stresstheorien und Coping werden dabei eng miteinander verknüpft (Haveman & Stöppler, 2014, S. 123). Der Alltag ist geprägt von innen und aussen kommenden psychischen, physischen oder sozialen Anforderungen. Gehen diese Anforderungen über eine bestimmte, subjektiv sehr unterschiedliche Grenze hinaus, werden Coping-Strategien notwendig. Coping-Strategien sind individuelle Bewältigungsreaktionen, um mit Stresssituationen umzugehen beziehungsweise Stressoren zu vermindern. Es wird davon ausgegangen, „dass jede Person über ein im Laufe des Lebens erworbenes Repertoire an mehr oder weniger erfolgreichen Bewältigungsstrategien verfügt“ (Haveman, 2013, S. 73). Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gehen häufig auf einem sehr einfachen Niveau mit Stresssituationen und Über- oder Unterforderungen um. So reagieren sie beispielsweise mit aggressivem Verhalten oder defensiven Strategien wie sozialem Rückzug. Theunissen bewertet Coping-Strategien deshalb insbesondere für diese Klientel als relevant, um auf handlungspraktischer Ebene einen Umgang mit Stress zu finden (2013, S. 406). Norbert Rückert (2006) beschreibt, dass sich Coping sowohl auf das spezifische Prob-

lem als auch auf den Umgang mit sich selbst bezieht (S. 55). Er verweist auf verschiedene praktische Bewältigungsstrategien wie beispielsweise Sport, Selbstpflege durch gesunde Ernährung oder Entspannungsübungen. Werden diese Coping-Formen regelmässig in den Alltag eingebaut, kann das persönliche Wohlbefinden und die Widerstandskraft gestärkt werden (S. 58). Besonderen Wert legt Rückert auf das persönliche Vergnügen: „Jede Person muss herausfinden, was ihr persönliches Vergnügen bereitet. Das könnte sein: Musik hören, einen Freund besuchen, Sport betreiben, Einkaufsbummel, ein heisses Bad nehmen, Familientreffen usw.“ (Rückert, 2006, S. 60). Diese Ausführungen erinnern stark an die praktische Ausübung der Selbstsorge und zeigen auf, dass Coping und Selbstsorge einander nahestehende Konzepte sind.

Nach Došen steht die Förderung und Entwicklung eines psychisch gesunden Lebens von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Vordergrund. „An zweiter Stelle sollte die Prävention von Störungen stehen und erst an dritter Stelle das Bekämpfen von psychischen Störungen“ (2010, S. 19). Im nachfolgenden Kapitel werden die Erkenntnisse über psychische Gesundheit, Selbstsorge und die Vulnerabilität von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zusammengeführt. Das Kapitel beleuchtet die Lebensumstände von Klientinnen und Klienten im institutionellen Setting und leitet davon die Relevanz der Selbstsorge ab. Insbesondere wird die Bedeutung der Selbstsorgefähigkeit für Klientinnen und Klienten und deren Gesunderhaltung analysiert.

6. Selbstsorge und kognitive Beeinträchtigung

Wie zuvor in Kapitel 5 aufgezeigt, haben Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung einen besonderen Unterstützungsbedarf: Sie sind vulnerabler als Personen ohne Beeinträchtigung und benötigen mehr Energie und Ressourcen, um Stresssituationen erfolgreich zu bewältigen. In einem ersten Schritt wird ein Überblick über die Lebensumstände von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung Wohngruppen gegeben. Davon wird die Relevanz der Selbstsorge für diese Klientinnen und Klienten abgeleitet. Weiter wird erläutert, was die Selbstsorgefähigkeit für besagte Klientel bedeutet. Schliesslich wird auf die Rollen und Aufgaben der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen eingegangen. Das Kapitel endet mit der Diskussion und den Schlussfolgerungen.

6.1. Lebensumstände auf betreuten Wohngruppen

Das Wohnen von Erwachsenen mit einer kognitiven Beeinträchtigung entspricht in der Regel nicht einem freiwilligen Zusammenleben, wie man das von Wohngemeinschaften kennt. Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung werden aufgrund von Angebot und Nachfrage in eine Gemeinschaft eingegliedert und können im Normalfall weder über den Wohnort noch über die Mitbewohnenden mitentscheiden. Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung leben überwiegend institutionalisiert in grösseren stationären Wohnformen, wobei die Selbstbestimmung nur eingeschränkt möglich ist (Stöppler, 2014, S. 145). Um den normativen Gehalt dieser Wohnform zu erfassen, wird in dieser Arbeit die Bezeichnung der Wohngruppe verwendet. Wohngruppen werden von einem Leistungserbringer organisiert, sprich der Institution, welche ihre Klientel im alltäglichen Leben unterstützt (Röh, 2018, S. 98). Institution bedeutet, dass in diesem Setting bestimmte Regeln mit verbindlichem Geltungsanspruch existieren. „Institutionalisiertes Wohnen heisst in diesem Zusammenhang also insbesondere eine Form von geregelterm Wohnen“ (Hendrik Trescher, 2017, S.245).

Eine betreute Wohngruppe ist ein stationäres Angebot eines Wohnheims. In der Regel handelt es sich dabei um eine Mehrzimmerwohnung auf dem Gelände der Institution; die Wohnung verfügt über sanitäre Anlagen, eine Küche sowie Gemeinschafts- und Freizeiträume. Die Bewohnerinnen und Bewohner verfügen normalerweise über Einzelzimmer und die Wohnung ist barrierefrei gestaltet. Im Allgemeinen leben sechs bis acht Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in einer solchen Gruppe (Stöppler, 2014, S. 148). Bei der Klientel handelt es sich um Menschen, wel-

che damit überfordert wären, sich selber zu versorgen sowie selbstständig zu wohnen. „Sie wirken jedoch nach ihren individuellen Fähigkeiten und Kräften bei der Selbstversorgung und dem Leben der Gruppe mit“ (Röh, 2018, S. 99). Die Betreuung beziehungsweise die Anzahl des Personals wird an den Bedarf der Bewohnenden angepasst. Sie erhalten eine 24-Stunden-Betreuung, diese beinhaltet auch eine Nachtwache. Das Betreuungspersonal bietet ein umfassendes Förderangebot in verschiedenen Teilbereichen. So begleiten und unterstützen sie ihre Klientel beispielsweise in der Freizeitgestaltung, der Alltagsbewältigung und der Pflege (ebd.). Der Alltag in der betreuten Wohngruppe wird durch verschiedene Instrumente geregelt wie beispielsweise die Hausordnung oder verbindliche Essens- und Ausgangszeiten. Auch der Zugang zu Räumlichkeiten wie der Küche kann für Bewohnerinnen und Bewohner eingeschränkt sein (Thesing, 2009, S. 185). Der Wunsch der Klientel, die Abläufe und das Zusammenleben selbstbestimmt zu gestalten und das Bestreben der Institution die Klientel an bestimmte Ziele und Handlungsschemata zu führen, führt zwangsläufig zu Konflikten (S. 43-44). Sozialpädagogische Arbeit versucht Klientinnen und Klienten als Akteurinnen und Akteure ihrer eigenen Lebenswelt zu befähigen. Trotzdem wird ihr Leben von institutionalisierten Mechanismen und Regelwerken beeinflusst, mehr als das von Personen ohne Beeinträchtigung. Wie in Kapitel 5 deutlich wurde, beeinflusst der Grad der Institutionalisierung die psychische Gesundheit von Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung.

6.2. Relevanz der Selbstsorge auf betreuten Wohngruppen

Selbstbestimmung ist ein bedeutender Betreuungsansatz im institutionellen Wohnen und die Bedingungen haben sich diesbezüglich in den letzten Jahren verbessert (Stöppler, 2014, S. 152). Der Schweizer Schattenbericht zur UN-Behindertenrechtskonvention zeigt allerdings auf, dass die Selbstbestimmung der Betroffenen in der Praxis immer noch eingeschränkt ist. In der Schweiz können Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung für gewöhnlich nicht wählen, in welchem Kanton sie in einer Institution wohnen möchten. „Dies unter anderem deshalb, weil die Kantone prioritär die freien Plätze der Institutionen im eigenen Kanton belegen wollen“ (Inclusion Handicap, 2017, S. 87). Leben in einer Wohngruppe mehr als sechs Personen, wird der Grad an Selbstbestimmung der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern ebenfalls deutlich eingeschränkt (Schallenkammer, 2016, S. 46). Ferner können sie sich das Betreuungs- und Pflegepersonal, welches rund um die Uhr zu gegen ist, nicht aussuchen (Stöppler, 2014, S. 152). Die Praxis zeigt, dass das Zusammenleben mit mehreren an-

deren Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sowie Betreuungspersonal, welches rund um die Uhr vor Ort ist, Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung den persönlichen Rückzug erschwert (Doris Hammerschmidt & Tina Marein Ossege, 2016, S. 16). Bei solchen Lebensbedingungen treten zwangsläufig Konflikte auf. Die Bewohnenden können unter anderem mit Streitereien, Kommunikationsproblemen sowie fehlender Rücksichtnahme konfrontiert sein (Thesing, 2009, S. 183-184). Ihr Alltag kann durch das Erleben von passiv-aggressivem Verhalten, Wut, Langeweile und emotionalen Überforderungen als belastend empfunden werden. Dies erinnert an die Arbeitsumstände von Therapeutinnen und Therapeuten, welche durch solche Erlebnisse gefährdet sind, psychisch zu erkranken (vgl. Kapitel 3.2). Um die Lebensfreude und das Interesse an sich und ihrer Umwelt beizubehalten, ist Selbstsorge also auch für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine relevante Kompetenz.

Je nach Wohngruppe können sich die Regelwerke stark auf das alltägliche Leben der Bewohnerinnen und Bewohnern auswirken indem beispielsweise bestimmt wird, wann und wie oft geduscht oder gegessen wird. Zudem gibt es immer noch Klientinnen und Klienten, welche in ihrem Zuhause nicht über einen eigenen Wohnungs- oder Zimmerschlüssel verfügen (Stöppler, 2014, S. 152). Solche Rahmenbedingungen beziehungsweise die institutionellen Strukturen können eine einengende Wirkung haben, besonders wenn die Betroffenen wenig Möglichkeiten haben, diese mitzubestimmen (Hoffmann & Hoffmann, 2012, S. 26). „Überwiegend restriktive, d.h. einengende und einschränkende Einflüsse können das Gefühl auslösen, eingesperrt und gefangen zu sein“, beschreiben Hoffmann und Hoffmann (2012, S. 48). Wie in Kapitel 5 deutlich wurde, beeinflusst der Grad der Institutionalisierung das psychische Wohlbefinden der Bewohnenden. Leben Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung unter einem restriktiven Reglement, in dem sie überwiegend fremdbestimmt sind, können sie psychisch erkranken. Dabei können Verhaltensauffälligkeiten wie fremd- oder autoaggressives Verhalten Anzeichen dafür sein, dass das Individuum mit seinem Umfeld überfordert ist (Thesing, 2009, S. 44).

Eckhard Schiffer (2013) beschreibt: „Salutogenetische Momente können sich bei allen chronischen Krankheiten und Behinderungen entfalten“ (S. 154). Um Klientinnen und Klienten in ihrer Gesunderhaltung zu unterstützen, ist es relevant, Momente der Selbstsorge zu schaffen. Damit Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung die institutionalisierten Strukturen in der betreuten Wohngruppe besser mitgestalten können, ist die Selbstsorge eine relevante Fähigkeit. Keupp (2012) beschreibt, dass die

ständige Unterstützung, wie sie Klientinnen und Klienten im betreuten Wohnalltag erleben, eine schwächende Wirkung auf die Individuen haben kann. Im Gegensatz dazu stärkt Selbsthilfe in Form von Selbstsorge das Vertrauen in die eigenen Kräfte beziehungsweise in die Handbarkeit einer Situation (S. 30). Die Selbstsorge gibt Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit, ihr Leben eigenständig zu gestalten und damit ein Stück Verantwortung für sich selbst zu gewinnen. Durch Selbstsorge lernen sie, sich in Machtbeziehungen zurecht zu finden und durch verschiedene Aktivitäten ihrem psychischen Wohl Sorge zu tragen. Dies macht deutlich, dass Selbstsorge auch für Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im institutionellen Setting relevant ist. Nachfolgend wird erläutert, was die Selbstsorgefähigkeit nach Beckmann-Neuhaus für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bedeutet.

In diesem Kapitel wurde ein Überblick über die Lebensumstände in betreuten Wohngruppen vermittelt. Von den institutionalisierten Einflüssen und den emotionalen Belastungen der Klientinnen und Klienten wird die Relevanz der Selbstsorge abgeleitet. An dieser Stelle soll gesagt sein, dass viele Institutionen im Sinne von Empowerment handeln und ihrer Klientel so viele Entscheidungsräume wie möglich öffnen. Die Rolle der Professionellen der Sozialen Arbeit hat sich im Behindertenbereich gewandelt. Im Zuge der Professionalisierung entwickelt sich die Rolle weg von einer eher bevormundenden Betreuung hin zu einer Assistenz, wobei Bewohnerinnen und Bewohner als Experten ihrer eigenen Lage anerkannt werden. Trotzdem gibt es in der Schweiz noch viel Entwicklungsbedarf. So wohnen aktuell immer noch viele Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in stationären Settings, obwohl die Wohnwünsche vieler Klientinnen und Klienten von dieser Wohnform abweichen (Stöppler, 2014, S. 151).

6.3. Bedeutung der Selbstsorgefähigkeit für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

In Kapitel 3.4 wurde das Modell der Selbstsorgefähigkeit von Beckmann-Neuhaus vorgestellt. Nachfolgend wird aufgezeigt, welche Bedeutung die fünf Aspekte insbesondere für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung haben. Durch die Literaturrecherche wurde deutlich, dass die Selbstsorgeaspekte bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Fachliteratur eng mit Ansätzen zu Identitätsbildung und Selbstkonzepten in Verbindung gebracht werden. Schuppener (2005) sieht

das Selbstkonzept als Teil der Identitätsbildung und versteht Identität dabei als ganzheitliches Selbst (S. 68).

6.3.1. Selbststärkung

Das Selbstkonzept von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird genau wie bei Menschen ohne Beeinträchtigung von biopsychosozialen Einflüssen geprägt. Dementsprechend entwickelt sich das Selbst in Abhängigkeit der Entwicklungsphase, in welcher sich eine Klientin oder ein Klient befindet (bio), inwiefern die kognitive Beeinträchtigung als Stigma wahrgenommen wird (psycho) oder inwieweit soziale Teilhabe und Selbstbestimmung ermöglicht wird (sozial) (Schuppener, 2005, S. 32-34). Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind in ihrem alltäglichen Leben verstärkt abhängig und fremdbestimmt. Deswegen sind Entwicklungsaufgaben wie das Aufbauen einer eigenen Weltanschauung, das Akzeptieren des eigenen Körpers oder die Entwicklung von Selbstwert und Selbstvertrauen besonders relevant (Meyerdert Haveman & Reinhilde Stöppler, 2014, S. 88-89). Eine Möglichkeit zur Selbststärkung von Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist, ihre Stärken und Ressourcen zu aktivieren und ihnen damit eine subjektive Lebensplanung auf individueller Basis zu ermöglichen (Schuppener, 2005, S. 31). Schwalb und Theunissen (2018) sehen in der Stärken-Perspektive die Hinwendung zu individuellen Stärken in Form von physischen, psychischen, intellektuellen und sozialen Ressourcen, welche ein „sich auf sich selbst Besinnen“ auf mehreren Ebenen ermöglichen (S. 252).

6.3.2. Selbsterleben

Das Selbsterleben wird vom sozio-emotionalen Entwicklungsstand und physischen Fähigkeiten bedingt, welche bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung unterentwickelt oder beeinträchtigt sein können. Forschungsergebnisse zeigen allerdings, dass Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung durchaus fähig sind, sich selbst differenziert und positiv wahrzunehmen (Schuppener, 2013b, S. 328). Auch ist es Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung möglich, ihr Selbsterleben wie beispielsweise das Wohlbefinden in der Wohngruppe oder Schmerzempfinden auf einer Skala abzubilden und somit zum Ausdruck zu bringen. Die Aufgabe der Fachpersonen besteht darin, die Skalierung so an die kognitiven Fähigkeiten des Gegenübers anzupassen, dass sie von Klientinnen und Klienten verstanden wird. Um das Selbsterleben auszudrücken ist also die Unterstützung und Kreativität von Fachpersonen erforderlich (Veronika Hermes, 2017, S. 96).

Gegenwärtig wird Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung immer noch häufig die Fähigkeit zur Identitätsbildung abgesprochen. Dies resultiert aus der Sichtweise, dass Identität nur aus einer erbringenden Leistung des Individuums in Form von Identitätsbildung entstehen kann. Wer nicht in der Lage ist, diese Leistung zu erbringen, wäre demnach identitätslos. Schuppener hält dagegen, dass Identität auch als Form der Individualität verstanden werden kann, welche über Selbsterleben im Kontext sozialer Interaktion geschieht (2013c, S. 177). Selbsterleben ist demnach gerade bei Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein wichtiger Teil der Identitätsbildung. Es gilt, einen Rahmen beziehungsweise Situationen zu schaffen, um das biopsychosoziale Selbsterleben von Klientinnen und Klienten zu ermöglichen und zu fördern. Beispiele dafür sind körperliche Aktivitäten wie Bewegung im Wasser oder zur Musik, um das Körpergefühl zu stärken (Beckmann-Neuhaus, 2015, S. 198). Auf psychischer Ebene könnte das Selbsterleben sowie der Selbstwert durch Weiterbildungsangebote gefördert werden, auf sozialer Ebene durch die Beziehungspflege (Theunissen, 2018, S. 252).

6.3.3. Selbstentfaltung

Bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird vermutet, dass viele Handlungen und Auseinandersetzungen teil- oder unbewusst geschehen. Sie verfügen unter Umständen nur bedingt über Strategien, um sich mit sich selbst und ihrer Umwelt auseinanderzusetzen. Zur Selbstentfaltung gehört die bewusste Auseinandersetzung mit und die Erfahrbarkeit von sich selbst. Dies wird bestimmt von den eigenen Interessen und persönlichen Voraussetzungen. Um die Selbstentfaltung bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu unterstützen, ist es also notwendig, bei deren Interessen und Ressourcen anzusetzen. Aus einer ressourcenorientierten Sichtweise geht es darum, individuelle Stärken, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufzuzeigen, erlebbar zu machen und zu erweitern und diese dadurch für die Klientel präsent und bewusst zu machen. „Rückt man das Relationsgefüge an Erfahrungen gezielt ins Bewusstsein, wird eine Syntheseleistung aktiviert“ (Schuppener, 2013c, S. 177). Das heißt, dass die Verbindung von Alltagserlebnissen und Selbstwahrnehmung es einem Menschen letztendlich ermöglicht, Lernprozesse zu aktivieren, neue Kompetenzen zu erschliessen und sich zu entfalten (ebd).

6.3.4. Selbstreflexion

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oft marginal (Schuppener, 2005, S. 33). Schuppener betont, dass Selbstreflexion „nicht nur in einer verstärkten reflexiven Auseinandersetzung mit der eigenen Person (=rein auf Kognition beschränkt)“ geschieht, sondern auch in der sozialen Interaktion (S. 77). Durch den Kontakt mit Anderen erhält das Individuum relevante Informationen über sich selbst und sein Verhalten. Positive Reaktionen können dabei das Selbstkonzept verbessern und den Selbstwert stärken. Schuppener betont, dass insbesondere Rückmeldungen auf der emotionalen Ebene von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung aktiv wahrgenommen werden können. Hermes (2017) beschreibt, dass sich viele Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in ihrer erlebten Wirklichkeit von ihrem Umfeld nicht verstanden fühlen. Das Spiegeln von Gefühlen versichert sie in der Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle. In dem man das Selbsterleben von Klientinnen und Klienten in Worte fasst und Gefühle benennt, können sie diese als real und existent anerkennen. Diese Versicherung des eigenen Verhaltens und Gefühllebens ist ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung – durch Selbstwahrnehmung wird Selbstreflexion ermöglicht (S. 157-157). Bei solchen Reaktionen gilt es, kongruent und realistisch zu bleiben. Im Sinne des Normalisierungsprinzips gilt es, seinem Gegenüber mit „normalem Respekt“ zu begegnen und ihm nicht durch übertriebene Reaktionen ein falsches Selbstbild zu vermitteln (S. 45). Dies könnte dazu führen, dass Klientinnen und Klienten ihre Fähigkeiten oder ihre Grenzen und Ressourcen falsch einschätzen. Es könnte sie daran hindern, die Fähigkeit zu einem selbstsorgenden Umgang zu erwerben.

6.3.5. Selbstregulierung

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung verfügen oft über eine eingeschränkte Fähigkeit, sich selbst zu regulieren. So zeigen viele Klientinnen und Klienten Verhaltensweisen, die sie trotz negativer Folgen weiterführen oder sogar steigern (John F. Kane & Theo Klauss, 2002, S. 185). Ein Beispiel aus der Praxis ist, dass Klientinnen und Klienten statt zu geistiger Nahrung zu echter Nahrung greifen und unter Umständen ohne Selbstregulierung essen, trotz anschließenden Bauchschmerzen oder massivem Übergewicht (Ossege & Hammerschmidt, 2017, S.18). Eine Erklärung dafür könnte ein eingeschränktes Erinnerungs- und Reflexionsvermögen sein (S. 16). Selbstregulierung setzt eine bewusste Auseinandersetzung mit Selbstkontrolle, intentionalen Prozessen und persönlichen Wünschen voraus (Hoffmann & Hoffmann, 2012, S. 57).

Ein einfacher Zugang für Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sich selbst zu regulieren sind Entspannungsübungen. So können sie durch gezielte Techniken ihr Empfinden und ihren (Erregungs-)Zustand beeinflussen (Kane & Klauss, 2002, S. 129). Indem sie bewusst Einfluss auf ihr Verhalten und damit auf Situationen nehmen können, werden Klientinnen und Klienten in ihrer Selbstwirksamkeit bestärkt.

Die Ausführungen zu den fünf Aspekten der Selbstsorge verdeutlichen, dass es sich dabei nicht um voneinander getrennte Fähigkeiten handelt, sondern dass die Grenzen fließend sind und sich die Aspekte gegenseitig beeinflussen. Zudem wurde deutlich, wie wichtig die Einbettung in ein soziales Umfeld sowie ein wohlwollendes Gegenüber ist, um im Kontakt mit anderen, relevante Erkenntnisse über sich selbst und das eigene Verhalten zu sammeln und damit das Selbstbild zu stärken. Ausserdem wurde ersichtlich, dass die Stärken-Perspektive insbesondere bei Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung relevant ist, um ihnen einen sorgenden Umgang mit sich selbst näher zu bringen.

6.4. Rolle und Aufgabe der Sozialpädagogin und des Sozialpädagogen

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, wird die Selbstsorge in dieser Bachelor-Arbeit als innere Haltung, methodischer Ansatz sowie als praktische Tätigkeit verstanden. In diesem Kapitel werden die Rolle und Aufgaben der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen anhand der persönlichen Haltung und methodischen Zugängen erläutert. Ferner wird auf die Selbstsorge auf institutioneller Ebene eingegangen.

Um Klientinnen und Klienten in ihrer Gesunderhaltung zu unterstützen, ist es wichtig, dass dieser Prozess nicht durch Ruppigkeit oder Abgestumpftheit der Betreuungspersonen negativ beeinflusst wird (Schiffer, 2013, S. 154). Selbstsorge drückt sich in einem achtsamen, wertschätzenden Umgang mit sich selbst und seiner Umwelt aus. Für Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen bedeutet das, ihrer Klientel mit einer respektvollen, wertschätzenden Haltung gegenüber zu treten. Dazu gehört, deren Wünsche, Ressourcen und Lebensziele wahrzunehmen, zu verstehen und ihnen somit auf Augenhöhe zu begegnen. Es wird vorausgesetzt, dass die betreuende Person ein grundsätzliches Interesse sowie eine Neugierde auf die menschliche Natur, ihre Problemstellungen und Lösungsmöglichkeiten verspürt. Ein wohlwollendes Gegenüber kann den Prozess der Selbstsorge begleiten und unterstützen. Um in der täglichen Auseinandersetzung mit Problemstellungen und Emotionen nicht zu resignieren, müssen Fachpersonen sich auch um ihr eigenes Wohl und ihre Bedürfnisse kümmern. Die

eigene Selbstsorge ist relevant, um Klientinnen und Klienten in einem selbstsorgenden Prozess adäquat begleiten zu können (Gussone & Schiepek, 2000, S. 132).

Es ist die Aufgabe von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sich zu informieren, zu animieren und zu arrangieren, um die Selbstsorge bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu ermöglichen. Einerseits gilt es, sich selbst als Fachperson über Selbstsorge, deren Ziel und Potential zu informieren. Andererseits sollen Klientinnen und Klienten adressatengerecht, also beispielsweise mit leichter Sprache und Piktogrammen, über Selbstsorge informiert werden (Clemens Hausmann & Martina M. Koller, 2017, S. 183). Eine weitere sozialpädagogische Aufgabe ist es, zu animieren. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sollen motiviert werden, sich um das eigene Wohlbefinden und die eigene Lebensgestaltung zu kümmern (S. 185). Um Momente der Selbstsorge ihrer Klientel zu ermöglichen, können geeignete Situationen arrangiert werden (S. 184-185). Dies erfordert Zeit, Ausdauer und Kreativität der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. So können Klientinnen und Klienten beispielsweise dabei unterstützt werden, eine für sie passende Freizeitbeschäftigung zu finden, um einen Ausgleich zum Arbeitsalltag zu finden.

Aus der Fachliteratur wird deutlich, dass eine empathische Führung, eine offene Kommunikation sowie ausreichend Handlungsspielräume am Arbeitsplatz zur Selbstsorge und psychischer Gesundheit der Mitarbeitenden beitragen (Daser & Kerschgens, 2011, S. 63). Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Beziehung zwischen der Fachperson und ihrer Klientel aus und ist im therapeutischen Setting prägend für den Behandlungserfolg (Norcross & Guy, 2010, S. 22). Es ist folglich auch auf institutioneller Ebene relevant ist, Möglichkeiten zur Partizipation und Mitgestaltung der Rahmenbedingungen für Fachpersonen sowie Klientinnen und Klienten zu eröffnen. Denn Selbstsorge bedeutet auch, Wege zu finden, um Strukturen aktiv mitzugestalten (Gussone & Schiepek, 2000, S. 140). Wie stark Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ihren Wohnkontext beeinflussen können, hängt von verschiedenen, oft institutionell geregelten Faktoren ab. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen können sich verschiedener Methoden aus der Partizipation bedienen, um ihrer Klientel Mitgestaltungsmöglichkeiten auf der institutionellen Ebene zu ermöglichen und Orientierungshilfe zu schaffen. Indem Erwachsene mit einer kognitiven Beeinträchtigung beispielsweise über die Hausordnung mitbestimmen, ihre Zimmer nach eigenem Belieben gestalten können oder Einfluss auf die Wahl der Mitbewohnenden haben, können sie aktiv Einfluss auf ihre persönliche Wohn- und Lebensgestaltung nehmen. Wie in Kapi-

tel 2.2 erläutert, ist die Handlungskontrolle ein relevanter Bestandteil der psychischen Gesundheit.

6.5. Diskussion und Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden die Anforderungen der Selbstsorge kritisch reflektiert und es wird aufgezeigt, inwiefern Selbstsorge zur Erhaltung der psychischen Gesundheit von Klientinnen und Klienten beitragen kann. Dazu wird insbesondere auf das Kohärenzgefühl verwiesen.

Die Aspekte der Selbstsorge in Form von Selbststärkung, Selbsterleben, Selbstregulierung, Selbstreflexion und Selbstentfaltung sind für Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung eine hohe Anforderung. Es verlangt die Bereitschaft, sich selbst wahr zu nehmen und in Frage zu stellen. Die Kompetenz der Selbstreflexion wird vorausgesetzt. Trotz dieser hohen Ansprüche beginnt Selbstsorge bei den einfachen Dingen, die einem gut tun und individuelle Bedürfnisse befriedigen. Dabei ist es wichtig, die Selbstsorgemomente dem Entwicklungsstand, den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Klientel anzupassen. Selbstsorge ist ein dynamischer Prozess. Klientinnen und Klienten müssen in diesen Prozess miteinbezogen werden. Es gilt, sie mit Empathie, Wohlwollen und Feingefühl zu begleiten und dabei einen Weg zwischen Über- und Unterforderung zu finden. Um Klientinnen und Klienten in ihrer Selbstsorgefähigkeit zu stärken, ist es relevant, die Selbstsorge niederschwellig anzugehen und einen Bezug zum Alltagserleben zu schaffen. Praktische Selbstsorgemöglichkeiten sind das Gestalten der eigenen vier Wände, sich genügend Zeit nehmen für Ruhe und Schlaf zu nehmen oder einen humorvollen und liebevollen Umgang mit sich und seinen Mitmenschen zu pflegen. Selbstsorgendes Verhalten muss dabei immer für das Individuum sinnvoll sein, nicht für dessen Umfeld.

Entsprechend der ressourcenorientierten Haltung und dem subjektzentrierten Ansatz setzt selbstsorgendes Handeln bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung primär bei den Interessen, Bedürfnissen und Ressourcen der Klientel an. Selbstsorge ist dabei durchaus relevant für die Erhaltung der psychischen Gesundheit von Klientinnen und Klienten: Wenn das Handeln auf persönlichen Bedürfnissen und Interessen beruht, kann das Individuum darin verstärkt eine Sinnhaftigkeit erkennen. Ein Handeln, das sich auf die eigenen Ressourcen stützt, stärkt das Vertrauen in die eigene Kraft und somit in die Handbarkeit einer Situation. Selbstsorge auf institutioneller Ebene soll in erster Linie Orientierung schaffen und der Klientel Räume zur Mitbestimmung

eröffnen. Dies stärkt die Verstehbarkeit der Zusammenhänge im institutionellen Setting, in welchem Bewohnerinnen und Bewohner mit einer kognitiven Beeinträchtigung leben.

Handbarkeit, Sinnhaftigkeit und Verstehbarkeit werden in der Salutogenese als Voraussetzung für das Kohärenzgefühl verstanden (vergleiche Abb. 2). Das Kohärenzgefühl ist ein wichtiger Bestandteil der Gesunderhaltung. So gesehen trägt selbstsorgendes Handeln auch bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zur Erhaltung der psychischen und physischen Gesundheit bei.

7. Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis

Im Folgendem wird auf die Vielfalt der Selbstsorgemöglichkeiten eingegangen sowie ein paar ausgewählte Ansätze und Beispiele für den sozialpädagogischen Alltag aufgezeigt.

Es gibt diverse Möglichkeiten und Ansätze, um Klientinnen und Klienten die Sorge um sich nahe zu bringen. Auf der Haltungsebene heisst es für Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, einen achtsamen, empathischen, humorvollen Umgang mit ihrer Klientel zu pflegen. Weiter können Fachpersonen auf eine Vielfalt von Methoden zurückgreifen, wie beispielsweise Netzwerkkarten, biografisches Arbeiten, Ressourcen-Fragen, Stärken-Bilder oder Anleitungen zur Entspannung. Es gibt auch unzählige praktische Selbstsorgetätigkeiten, die sich in den Alltag von Klientinnen und Klienten integrieren lassen wie das Ausführen eines geliebten Hobbies, eine Weiterbildung machen, wertvolle Momente mit dem Partner oder der Partnerin erleben, genügend Ruhe, Schlaf, Erholung, gesunde Ernährung, körperliche Bewegung oder der Kontakt zu Menschen, die einem gut tun. In diesem Kapitel werden einige dieser Selbstsorgemöglichkeiten beschrieben und kritisch reflektiert. Diese Zusammenstellung beruht auf der Literaturrecherche, auf meiner fünfjährigen Praxiserfahrung mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Arbeits- und Wohnbereich und wurde von Coping-Strategien inspiriert. Zudem wird aufgezeigt, inwiefern die Selbstsorgemöglichkeiten die einzelnen Aspekte der Selbstsorgefähigkeit unterstützen. Eine eindeutige Zuordnung ist dabei nicht möglich, da die Grenzen zwischen Selbststärkung, -Regulierung, -Entfaltung, -Reflexion und Selbsterleben fließend sind und die gewählten Beispiele gleichzeitig mehrere Aspekte fördern können (vgl. Abb. 7).



Abbildung 7: Selbstsorgefähigkeit stärken (eigene Darstellung)

Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, ist das Phänomen der kognitiven Beeinträchtigung von Individualität geprägt (Stöppler, 2016, S. 19). An dieser Stelle soll betont werden, dass nachfolgend beschriebene Umsetzungsmöglichkeiten als Beispiele und Anregungen gedacht sind. In der Praxis muss jede Möglichkeit und Animierung zur Selbstsorge individuell auf den Klienten oder die Klientin, dessen oder deren Interessen, Wünsche, Fähigkeiten und Ressourcen abgestimmt werden.

7.1. Humorvoller Umgang

Ein humorvoller Umgang, Lachen und Lebensfreude sind Teil der emotionalen Selbstsorge. Humor kann helfen, mit schwierigen Situationen und Frustration zurechtzukommen. Dabei wirkt er heilend auf das menschliche Seelenleben (Hoffmann & Hoffmann, 2012, S. 218-219). Herbert Effinger versteht Humor als Art der Kommunikation sowie als menschliche Haltung, um eine positive Stimmung zu erzeugen. Feinfühlig und achtsam eingesetzt, kann ein humorvoller Umgang zwischen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und betreuenden Personen harmonisierend wirken. Ein humorvoller Umgang zwischen Fachpersonen und Klientel ist demnach sowohl als selbstsorgende Haltung als auch als methodischer Zugang zu verstehen. Durch Humor kann das Machtgefälle ausgeglichen werden und auf beiden Seiten eine positive Wirkung haben (2014, S. 49-50). Ein humorvoller Umgang und der Austausch von

Witzen ermöglichen einen Perspektivenwechsel und können somit ein niederschwelliges Instrument für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zur Selbstreflexion sein. Ausserdem fördert der Humor die Widerstandskraft der Adressatinnen und Adressaten. Weiter fördert ein humorvoller Austausch einen kreativen Umgang mit psychosozialen Problemen (S. 52). Die Wirkung von Witz und Humor soll an dieser Stelle jedoch nicht verharmlost werden. Humor kann auch für soziale Machtspiele missbraucht werden kann. Ein Witz auf Kosten Anderer kann die Angesprochenen verletzen und deren Selbstwert mindern (S. 51-52). Um das zu verhindern, gilt es einen humorvollen und gleichzeitig wertschätzenden und empathischen Umgang innerhalb der Wohngruppe zu kultivieren. Somit kann ein gleichwertiges, offenes Klima geschaffen werden, was sich positiv auf das Leben im betreuten Wohnen auswirkt (ebd). Natürlich wirkt Humor nur dann positiv, wenn er authentisch eingesetzt wird und die Betreuungsperson kohärent ist. Veronika Hermes (2017) gibt zu bedenken, dass gemeinsames Lachen von Erwachsenen mit einer kognitiven Beeinträchtigung schnell als Auslachen interpretiert werden kann: „zum einen, weil sie diese Erfahrung schon oft im Leben machen mussten, zum anderen, weil die kognitive Entwicklungsstufe, auf der man Wortspiele oder freundliche Ironie begreift, oft nicht erreicht wurde“ (S. 46). Sie empfiehlt deshalb auf andere Mittel wie Komplimente oder Aufzeigen von Stärken und Ressourcen zurückzugreifen, um Leichtigkeit zu schaffen und die Selbstreflexion zu aktivieren (S. 47).

7.2. Biografiearbeit

Das Thema Biografiearbeit wird in der Literatur breit abgehandelt und würde genug Material für eine eigenständige Bachelor-Arbeit bieten. An dieser Stelle soll dieser methodische Zugang lediglich vorgestellt werden. Zudem wird aufgezeigt, inwiefern er als Selbstsorgetechnik im Heimkontext umgesetzt werden könnte.

Die Biografiearbeit gilt als wichtiges Instrument der Subjektzentrierung in der Arbeit mit Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, welche in der Berufsrelevanz erwähnt wurde (vgl. Kapitel 1.2). Es ist eine Form, um Klientinnen und Klienten eine Stimme zu verleihen und sich ihren subjektiven Lebenserfahrungen zuzuwenden (Lindmeier, 2013, S. 11). Christina Hölzle (2011) sieht den Verlust von Bezugspersonen, Lebensverhältnisse, welche die Lebensplanung und Zugang zu den Ressourcen erschweren oder eine beeinträchtigte Gesundheit durch Behinderung oder Alter als Anlass für biografisches Arbeiten (S. 32). Demzufolge scheint Biografiearbeit auch für

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sinnvoll zu sein. In der Praxis wird das Recht auf die eigene Lebensgeschichte von Klienten und Klientinnen oftmals wenig beachtet. Gründe dafür sind, dass Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oft nicht als Biografie-trägerinnen und -träger wahrgenommen wurden, da man von fehlenden kognitiven Kompetenzen und verbalen Ressourcen ausging. Des Weiteren wurden Verhaltensauffälligkeiten und psychische Erkrankungen lange als Eigenschaften einer Person und nicht als Teil ihrer Biografie wahrgenommen. Folglich wurde die Biografie von Klientinnen und Klienten im institutionellen Kontext nicht verankert. Es wurden Dossiers und Dokumente über die Klientel angelegt, doch die eigentliche Lebensgeschichte der Bewohnenden geht mit dem laufenden Personalwechsel verloren (Ingrid Miethe, 2014, S. 134-135). Störmer und Fritsche (1988) verdeutlichen dies mit: „Sie haben alle eine Akte, aber keine Geschichte!“ (zit. in Lindmeier, 2013, S. 40).

Die Biografie kann aus mehreren Blickwinkeln betrachtet werden. So gibt die Bildungs- und Lernbiografie Aufschluss über Lernprozesse und verschiedene Ressourcen und Kompetenzen. Die Naturbiographie beschreibt die Geschichte des eigenen Körpers und die soziale Biografie zeigt soziale Beziehungen, Freundschaften und Familienbande auf (Hubert Klingenberger, 2017, S. 83). Biografisches Arbeiten bietet daher die Möglichkeit zur Selbstreflexion und zum Aufdecken von Ressourcen und sozialen Netzwerken, die wiederum zur Selbststärkung beitragen. Es gibt verschiedene Methoden für biografisches Arbeiten in betreuten Wohngruppen. So kann beispielsweise die Kultur gelebt werden, dass persönliche Gegenstände oder Fotos von Klientinnen und Klienten in der Wohnung einen Platz finden. Die räumliche Gestaltung drückt die Identität der Bewohnerinnen und Bewohner aus und prägt diese (Stöppler, 2014, S. 146). So können wichtige Lebensereignisse mit Fotos festgehalten werden und der Klient oder die Klientin erfährt eine Wertschätzung, indem er oder sie in dieser Form einen Platz im eigenen zu Hause findet. Die Erinnerung an die eigene Geschichte und den persönlichen Wandel können auch durch das Sammeln und Anschauen von verschiedenen Objekten gepflegt werden – seien es Stofftiere, Schallplatten, Fotoalben oder andere, vom Individuum als wertvoll wahrgenommene Gegenstände (Lindmeier, 2013, S. 42). Die Selbstsorge durch biografisches Arbeiten in betreuten Wohngruppen ist wirksam im Zweiersetting zwischen einem Klienten beziehungsweise einer Klientin und einer von ihm oder ihr ausgewählten Betreuungsperson. Die Gespräche und das Teilen von Erinnerungen können im vertraulichen Rahmen dieses Zweiersettings persönlicher sein. Der Klient oder die Klientin ist dabei die

Hauptperson, Hemmschwellen können abgebaut und das Vertrauensverhältnis gestärkt werden (S. 73). Solche Auseinandersetzungen fordern von der Betreuungsperson Offenheit, Einfühlungsvermögen sowie die Fähigkeit, zuzuhören und Stille auszuhalten (S. 75). Je nach Wunsch und Möglichkeit der Klientel kann die Lebensgeschichte durch gemeinsames Aufschreiben und Visualisieren von Lebensdaten, des Lebensweges, einem Familienstammbaum, Wohnorten, Interessen und Hobbies oder wichtigen Personen gepflegt werden (S. 85). Biografisches Arbeiten ist nicht nur eine Möglichkeit zur Selbstreflexion und Selbststärkung, sondern auch zur Selbstentfaltung: Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte können Interessen und Ressourcen wiederentdeckt werden, diese stärken die Zukunftsperspektive und aktivieren die Selbstentfaltung (S. 42).

Gerade bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung kann Biografiearbeit Konflikte und schmerzliche Erinnerungen wecken, beispielsweise aufgrund diverser Heim- und Klinikaufenthalte. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen muss bewusst sein, dass biografisches Arbeiten keine Form der Therapie ist. Lebensereignisse und Brüche in der Lebensgeschichte können nicht geheilt werden. Biografisches Arbeiten ist eine Form der Bildungsarbeit mit dem Ziel, die biografische Kompetenz einer Person mit zu fördern und sie damit in ihrem Selbstkonzept zu stärken (ebd, S. 93).

7.3. Entspannung

Sich bewusst selbst zu regulieren und damit Stress abzubauen, gelingt unter anderem durch verschiedene Entspannungstechniken. Wer sich bewusst entspannt, fördert das psychische Wohlbefinden und das innere Gleichgewicht. Tina Marein Ossege hat in ihrer jahrelangen Zusammenarbeit mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung die Erfahrung gemacht, dass Fantasieren mit autogenem Training für diese Klientel eine besonders geeignete Form der Entspannung ist (Tina Marein Ossege & Doris Hammerschmidt, 2016, S. 11). Da Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oft über ein eingeschränktes Reflexions- und Erinnerungsvermögen verfügen, fällt es ihnen besonders leicht, sich auf Fantasiegeschichten einzulassen (S. 16). Ossege sieht die sozialpädagogische Aufgabe unter anderem darin: „andersbegabte Menschen anzuleiten, sich zu erden, sich eine positive Grundhaltung anzueignen, um das psychische Gleichgewicht zu erhalten bzw. wieder herzustellen“ (S. 18). Da Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in betreuten Wohnformen oftmals weniger Rückzugsmöglichkeiten haben, bietet ein Ausflug in die Fantasiewelt

eine gute Möglichkeit, um sich auf sich selbst zu besinnen und seine Resilienz zu stärken (S. 16). Auch für Antontovsky ist das magische Denken eine relevante Widerstandsressource zur Gesunderhaltung (Haveman, 2013, S. 73).

Ossege nutzt insbesondere Traum- oder sogenannte Fantasiereisen als gezielte Entspannungstechnik. In der Regel hört man eine Geschichte, bei der man die Gedanken schweifen lassen kann und sich somit entspannt. Während die offenen Traumreisen viel Spielraum für die Fantasie der Zuhörenden lassen, bieten die gelenkten Traumreisen einen engeren Rahmen und eignen sich besser für Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung; Situationen werden konkret beschrieben, um die Vorstellungskraft der Zuhörenden nicht zu überfordern und Entspannung zu ermöglichen. Ossege beschreibt: „Entspannung durch Fantasieren zu erreichen ist ein ressourcenorientiertes Vorgehen, das sich aus der systemischen Therapie ableiten lässt“ (S. 14-15). Es geht darum, an bereits vorhandenen, positiven Gedanken anzuknüpfen und damit in eine beruhigende, entspannende Fantasiewelt abzutauchen. Bei den Traumreisen wird auf verschiedene Formeln des autogenen Trainings zurückgegriffen, wie beispielsweise der Ruheformel: „Du bist jetzt ganz ruhig und entspannt. Dein Atem ist ruhig und gleichmässig“ (S. 15). Mit solchen Formeln besinnen sich die Zuhörenden auf die Ruhe, Schwere und Wärme in ihrem Körper und stärken dadurch ihr Selbsterleben (ebd.).

Traumreisen können in betreuten Wohngruppen sowohl in der Gruppe als auch für Einzelpersonen angeboten werden. Eine Person kann sich beispielsweise eine CD mit Entspannungsgeschichten am Abend in ihrem Zimmer vor dem Einschlafen anhören. Eine andere Möglichkeit ist, dass eine Betreuungsperson eine Traumreise mehreren Bewohnenden vorliest. Dabei ist es von Vorteil, wenn man einen Ort wählt, an dem man nicht gestört wird und bei dem die Teilnehmenden beim Zuhören sitzen oder liegen können (S. 20-21). Die Traumreise sollte in positiver und leichter Sprache gehalten werden. Die Tiefe der Atmung sowie lockere Gliedmassen geben Hinweise darauf, ob sich die Klientinnen und Klienten im gewählten Setting entspannen können (Hermes, 2017, S. 148).

7.4. Wertvolle Beziehungen

Wie zuvor beschrieben bietet Biografiearbeit einen Weg, um Freundschaften und Beziehungen wiederzuentdecken und gegebenenfalls zu reaktivieren. Die Pflege sozialer Beziehungen ist ein wichtiger Bestandteil der Selbstsorge und eine Form der praktischen Umsetzung. Die soziale Interaktion ermöglicht ein Selbsterleben, da dieses immer durch die Reaktion des Gegenübers wahrgenommen werden kann. Weiter stärkt die Pflege eines sozialen Netzes die Selbstregulierung, da man sich mit eigenen und fremden Bedürfnissen und Interessen auseinandersetzt (Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz & Gerhold, 2009, S. 12). Die Pflege sozialer Beziehungen trägt dazu bei, Ressourcen zu aktivieren, zu erhalten und zu erweitern (S. 60). Antonovsky beschreibt soziale Unterstützung und Bindung als relevante psychosoziale Widerstandsressourcen zur Erhaltung der psychischen und physischen Gesundheit (Haveemann, 2013, S. 73). Mit dem Vulnerabilität-Stress-Bewältigungs-Konzept wurde veranschaulicht, dass soziale Netzwerke insbesondere bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung dazu beitragen, erlebte Stresssituationen zu bewältigen (vgl. Abb. 6). Jörg Michael Kastl (2017) verweist auf das Modell des sozialen Rückhalts. Unter sozialem Rückhalt versteht er eine emotionale Unterstützung in Form von Zuneigung, Wertschätzung und Vertrauen sowie gegenseitiger Anerkennung. Kastl beschreibt, dass der soziale Rückhalt ein schützender Faktor gegen Stresserfahrungen ist und insbesondere gegen psychische Erkrankungen wirksam ist. Fehlt der soziale Rückhalt, so können sich das Stressrisiko sowie das Risiko einer psychischen Erkrankung erhöhen (S. 147).

Für die Betreuung in sozialpädagogischen Wohngruppen gilt demzufolge die Klientel in der Pflege und Aktivierung sozialer Netzwerke zu unterstützen. Für Betreuungspersonen kann das heissen, Angehörigen und Bekannten von Klienten und Klientinnen mit einer offenen und wertschätzenden Haltung zu begegnen. Weiter gilt es, die Wohngruppe als einen Ort zu gestalten, in dem Besuch erwünscht ist und willkommen geheissen wird. Eine Methode, mit der Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sich ihrem sozialen Netzwerk bewusstwerden, ist die Netzwerkkarte. „Netzwerkkarten stellen alle Menschen dar, die in den Systemen der Klientin eine Rolle spielen. Der Fokus liegt auf Unterstützungsmöglichkeiten und Ressourcen, die sich aus dem individuellen Netz ergeben“ (Hermes, 2017, S. 78). Die visualisierte Darstellung einer Netzwerkkarte ist für die Arbeit mit Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung geeignet und kann einfach an ihre kognitiven Fähigkeiten angepasst werden (S. 79).

Zu den praktischen Aufgaben von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen gehört es, Rahmenbedingungen zu schaffen und wenn nötig punktuelle Unterstützung wie beispielsweise einen Fahrdienst anzubieten, um wertvolle Begegnungen für ihre Klientinnen und Klienten zu ermöglichen und damit Selbstsorgemomente zu schaffen. Natürlich gilt es, die Klientel nur insoweit bei der Erhaltung und Pflege sozialer Beziehungen zu unterstützen, wie dies es von beiden Seiten gewünscht wird.

7.5. Kreative Tätigkeit

Eine weitere Technik um Selbstsorge zu üben, ist das kreative Schaffen. Dies kann sowohl als methodisches Vorgehen als auch als praktische Selbstsorgetätigkeit verstanden werden. Der kreative Prozess trägt dazu bei, sich zu erholen und Abstand von Stresssituationen gewinnen (Norcross & Guy, 2010, S. 248). Dabei gilt es zu beachten, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine andere Körperwahrnehmung haben als Menschen ohne Beeinträchtigung. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung haben ein verändertes, je nachdem begrenztes Körper-, Raum- und Bewegungsgefühl. Das lässt sich beispielsweise daran erkennen, dass bei Selbstportraits von Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung Arme und Beine direkt an den Kopf gemalt sind (Gabriele Voigt-Papke, 2014, S. 12). Bei einer kreativen Tätigkeit soll es nicht um richtig oder falsch gehen, sondern um eine erlernbare Tätigkeit, die Freude bereitet und Erfolgserlebnisse verspricht (S. 8). Dies führt zum Erleben von Selbstwirksamkeit und unterstützt die Selbststärkung. Kreative Arbeit kann auf einen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sowohl entspannend als auch anregend oder bestätigend wirken (S. 13). Gerade durch Übungen wie Zeichnen wird die eigene Bewegung sichtbar gemacht. Damit kann sich ein Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf eine neue Weise wahrnehmen und bestätigen und somit das Selbsterleben stärken. Verschiedene Arten von Kreativität und bildnerischem Schaffen können den Tastsinn, die Geschicklichkeit, die Fein- und Grobmotorik sowie die Selbstwahrnehmung von Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung fördern (S. 12-13) Durch die kreative Aktivität haben sie zudem die Möglichkeit, ihren Gefühlen wie Freude, Wut oder Trauer Ausdruck zu verleihen und eigene Bedürfnisse zu äussern. Dies kann das Selbstvertrauen sowie den Selbstwert von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung steigern und trägt ebenfalls zur Stärkung des Selbst bei (S. 16).

Um einem Klienten oder einer Klientin den geeigneten Rahmen zu bieten, um sich kreativ zu betätigen, müssen verschiedene Faktoren beachtet werden. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung brauchen häufig mehr Zeit als Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung. Dies kann Geduld von der Betreuungsperson erfordern, bedingt aber auch ein flexibles Zeitmanagement. Damit ein geeignetes Setting geschaffen werden kann, braucht es zudem einen geeigneten Ort mit genügend Platz, mit Schutz vor Störfaktoren und Ruhe. Es ist gut möglich, dass das Zimmer der Klientin oder des Klienten dazu ungeeignet ist. Die betreuende Person hat also die Aufgabe, wenn möglich gemeinsam mit ihrer Klientel, einen passenden Raum zu finden oder zu schaffen. Um das kreative Tun ihrer Klientel zu fördern, gilt es von Seiten der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen den entstandenen Werken wertschätzend und anerkennend zu begegnen (S. 13). Nicht beeinträchtigte Menschen haben oft ein anderes Verständnis von Ästhetik und Kunst als Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Der Fokus soll dabei nicht auf ein gelungenes Endprodukt gelegt werden, sondern auf den kreativen und selbstsorgenden Prozess (ebd).

Es gibt viele Wege, sich kreativ auszurücken, sei es durch Film- oder Tonaufnahmen, durch das Arbeiten mit Lehm oder Kleister, durch reissen, knüllen, kneten, stapeln und so weiter. Hier ist die Kreativität und Offenheit der betreuenden Person gefragt, sich gemeinsam mit ihrer Klientel auf die Suche nach passenden Techniken und Ausdrucksweisen zu machen.

Viele Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung arbeiten auf dem zweiten Arbeitsmarkt in geschützten Werkstätten und verrichten kreative, handwerkliche Tätigkeiten (Stöppler, 2014, S. 112-113). Der berufliche Alltag soll eine kreative, selbstsorgende Freizeitbeschäftigung nicht ersetzen. Genau wie Personen ohne Beeinträchtigung haben auch Klientinnen und Klienten das Recht, Arbeit und Freizeit voneinander zu trennen und damit ebenfalls einen selbstsorgenden Umgang zu fördern.

7.6. Gestaltung des Wohnraums

Mit der Gestaltung des Wohnraums wird eine konkrete, selbstsorgende Tätigkeit beschrieben. Sich im Wohnraum gestalterisch auszudrücken bildet die Identität der Bewohnenden ab und prägt diese wiederum. Die eigenen vier Wände zu dekorieren ist eine Form, sich selbst zu verwirklichen und die Persönlichkeit auszudrücken (Stöppler, 2014, S. 146). Thesing (2009) betont, dass die Gestaltung und Selbstbestimmung eine relevante Voraussetzung für die psychische Gesundheit ist (S. 177). Die Möglichkeit, in

der Wohngestaltung mitzuwirken, das eigene Zimmer zu dekorieren und gemütliche Orte zu schaffen ist in Wohngruppen in der Regel gegeben. Trotzdem scheint die Mitgestaltung oftmals kein alltägliches Thema zu sein. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass insbesondere ältere Klientinnen und Klienten oft nicht gelernt haben, in diesem Bereich aktiv zu sein (S. 179-180). Um Klientinnen und Klienten in ihrer Verfügungsmacht zu stärken, können einerseits auf institutioneller Ebene Rahmenbedingungen geschaffen werden, indem es beispielsweise der Klientel erlaubt ist, ihr eigenes Mobiliar zu wählen, ihre Zimmer zu streichen oder Nägel in die Wände zu schlagen. Es kann sein, dass Bewohnerinnen und Bewohner Unterstützung oder Anregung bei der Gestaltung ihres Zimmers benötigen. Dies verlangt von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen die Fähigkeit sich abzugrenzen. Es geht nicht darum, dass sich Betreuungspersonen in den Zimmern oder Wohnräumen ihrer Klientel verwirklichen, sondern deren Wünsche und Bedürfnisse abzuholen und gemeinsam umzusetzen. Indem Bewohnerinnen und Bewohner dabei begleitet werden, selbsttätig ihre Zimmer zu gestalten und ihre Wohnbedürfnisse zum Ausdruck zu bringen, haben sie die Möglichkeit, sich selbst zu entfalten und ihr Selbst zu stärken.

7.7. Körperliches Wohlbefinden

Wie durch die historische Herleitung des Selbstsorgebegriffes in Kapitel 3 deutlich wurde, wird mit Selbstsorge nicht allein das psychische Wohlbefinden, sondern auch die körperliche Gesundheit gepflegt. Auf seinen Körper zu achten und sich um sich zu kümmern und Sorge zu tragen sind praktische Selbstsorgetätigkeiten. Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz und Gerold (2009) sprechen dabei von Selbstpflege und schreiben ihr eine relevante Bedeutung zu. Wer die Selbstpflege vernachlässigt, betreibt Selbstverwahrlosung. Die Autorinnen und Autoren beschreiben weiter, dass Personen, die sich selbst verwahrlosen, sich von ihren eigenen Bedürfnissen abschotten und sich dadurch nicht mehr als autonomes, handlungsfähiges Objekt empfinden (S. 11-12). Körperliche Selbstpflege als Teil der Selbstsorge ist demnach relevant für eine eigenverantwortliche Lebensführung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und die Stärkung des Selbst. Weitere Beispiele für die Selbstpflege sind genügend Ruhe und Schlaf aber auch eine gesunde Ernährung. Der Körper ist die Grundlage unseres Selbsterlebens. Mit ihm reagieren wir auf die Atmosphäre, die Stimmung, auf Gefühle und Eindrücke, die uns umgeben, deswegen müssen wir ihm Sorge tragen (Hoffmann & Hoffmann, 2012, S. 45). An dieser Stelle wird das Augenmerk auf körperliche Bewegung gelegt.

Durch verschiedene Studien ist bekannt, dass sich körperliche Aktivität zum Beispiel in Form von Sport positiv auf das Gemüt auswirkt und Stresssymptome abgebaut werden können (Petra Wagner & Walter Brehm, 2006, S. 111). Insbesondere in der Psychomotorik wird davon ausgegangen, dass körperliche Bewegung Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen, ein positives Selbstkonzept unterstützen und damit zur Gesunderhaltung und Stressbewältigung beitragen kann (Astrid Krus & Christina Jasmund, 2015, S. 7). Körperliche Bewegung als Selbstsorgemöglichkeit für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu aktivieren, soll nicht heißen, einen wöchentlichen Termin bei der Physiotherapie zu vereinbaren oder sie für ein Sportprogramm anzumelden. Damit wird Bewegung in einem geregelten Setting institutionalisiert. Vielmehr geht es darum, einen Klienten oder eine Klientin an verschiedene Aktivitäten heranzuführen und herauszufinden, was ihm oder ihr gefällt und guttut. Körperliche Bewegung kann in den Alltag integriert werden. Viele Menschen bewegen sich körperlich auf ihrem Weg zur Arbeit und legen dabei Strecken zu Fuss oder auf dem Fahrrad zurück, wobei diese Momente genutzt werden können, um abzuschalten. Solche alltägliche Bewegungen entsprechen oft nicht der Normalität von erwachsenen Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Wohngruppe und Arbeitsplatz liegen häufig auf demselben Gelände. Mittels eines Arbeitsweges einen Abstand zwischen Wohn- und Arbeitswelt zu schaffen, ist für Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung nicht unbedingt möglich.

Gelegenheit zur Selbstpflege durch körperliche Aktivierung bietet beispielsweise ein Spaziergang mit einer Vertrauensperson. Veronika Hermes (2017) schreibt: „Dabei verändert sich die Dynamik des Gesprächs, der Körper wird aktiviert, die Atmung tiefer (...), man blickt gemeinsam ‚nach vorn‘“ (S. 141). Eine andere Möglichkeit ist das Finden passender Hobbies, die körperliche Bewegung verlangen wie beispielsweise Walken, Schwimmen oder ein Mannschaftssport. Durch körperliche Bewegung in einem Setting, in welchem man sich wohl fühlt, werden physische und psychische Widerstandskräfte aufgebaut. Wichtig ist, dass die Klientel nicht von Reizen überflutet wird, dass ihr die Ausübung einer körperlichen Aktivität Spass macht und dass sie Selbstwirksamkeitserlebnisse gesammelt werden können. Für Betreuungspersonen gilt es, ihre Klientel in diesem Findungsprozess zu begleiten und sie zum Ausprobieren von neuen Aktivitäten zu motivieren. Gleichzeitig gilt es, gemeinsam mit der Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung das Erlebte auszuwerten, herauszufinden, ob die Aktivität und die Rahmenbedingungen passend sind. Von den Fachpersonen wird

Empathie verlangt, damit sie ihre Klientel weder über- noch unterfordern. Bei diesen gemeinsamen Evaluierungen kann der Gebrauch von leichter Sprache, Bildmaterial und ein grosszügiger zeitlicher Rahmen hilfreich sein (ebd., S. 38).

7.8. Selbstversorgung

Die Selbstversorgung ist eine praktische Möglichkeit zur Selbstsorge und unterstützt die Selbststärkung. Zum Alltag von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der betreuten Wohngruppe gehört es in der Regel, dass sie sich entsprechend ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten an der Versorgung der Gruppe beteiligen. Dies entspricht dem Normalisierungsprinzip (Röh, 2018, S. 99). Wichtig ist, Klientinnen und Klienten im lebenspraktischen Alltagshandeln zu unterstützen. Theunissen (2016) betont: „Hierbei geht es um eine grösstmögliche Autonomie und Verfügung sowie Kontrolle der eigenen Lebensumstände“ (S. 84). Die eigene Wohnung, die Kleidung, die äussere Erscheinung und das soziale Zusammenleben zu pflegen, sind wichtige Bestandteile der Selbstpflege (Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz & Gerhold, 2009, S. 11). Praktische Tätigkeiten wie Kochen und das Waschen der eigenen Kleidung werden von Hans Thiersch und Uwe Uhlendorff (2004) als wichtige Schritte zur Verselbstständigung und dementsprechend zur Selbststärkung betrachtet. Wichtig ist dabei, mit dem Klienten oder der Klientin gemeinsam so zu kochen oder zu waschen, dass „nicht nur das Produkt der Arbeit, sondern die Tätigkeit selbst als befriedigend empfunden wird“ (S. 123). Das Kochen für die Mitbewohnenden in der Wohngruppe ist dabei eine Möglichkeit, die Sorge um das physische Wohlergehen der anderen auszudrücken und stärkt somit einen selbstsorgenden Umgang mit dem eigenen Umfeld. Ausserdem ermöglichen es Tätigkeiten wie kochen oder waschen Handlungsabläufe gezielt zu steuern, was die Betreuten wiederum in ihrer Selbstregulierung übt und bestärkt (Lantermann, Döring-Seipel, Eierdanz, Gerhold, 2009, S. 16).

Indem Klientinnen und Klienten ihren Alltag durch solche Aufgaben kontrollieren und selbstbestimmt gestalten können, bauen sie in ihre Handlungskontrolle aus, welche massgeblich zum psychischen Wohl beiträgt (vgl. Kapitel 2.2).

8. Abschluss

Das folgende Kapitel führt die zentralen Aussagen dieser Bachelor-Arbeit zusammen. In einem ersten Schritt wird die Beantwortung der Leitfrage und der drei Unterfragen kurz zusammengefasst. Ferner werden berufsrelevante Schlüsse und ein Fazit gezogen. Die Arbeit endet mit einem Ausblick.

8.1. Beantwortung der Fragestellungen

In dieser Bachelor-Arbeit wurde den in Kapitel 1 vorgestellten Fragen nachgegangen. Die Leitfrage wurde insbesondere in Kapitel 6 beantwortet und baut auf den vorherigen Kapiteln auf. Nachfolgend wird die Beantwortung der Fragestellungen in Kürze zusammengefasst.

Inwiefern eignen sich die Erkenntnisse aus der Selbstsorge, um die psychische Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im institutionellen Setting zu erhalten?

Erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung leben vermehrt in institutionalisierten Verhältnissen. Ihr Alltag wird häufig von geregelten Abläufen bestimmt, stärker als dies bei Personen ohne Beeinträchtigung der Fall ist. Auf betreuten Wohngruppen leben Klientinnen und Klienten in der Regel mit fünf oder mehr Mitbewohnenden zusammen und sind 24 Stunden am Tag von Betreuungspersonal umgeben. Dabei haben sie weder die Möglichkeit über ihre Mitbewohnenden noch über die Betreuungspersonen zu bestimmen. Dieses unfreiwillige Zusammenleben kann zu Konflikten führen. Auch haben Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung weniger die Möglichkeit, sich zurückzuziehen und wertvolle Momente für sich zu schaffen. Gründe dafür können das institutionalisierte Leben auf der Betreuten Wohngruppe sein aber auch die mangelnde Fähigkeit die eigenen Grenzen und Bedürfnisse zu erkennen und zu schützen (vgl. Kapitel 6.1). Hinzu kommt, dass Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigung vulnerabler sind. Sie reagieren sensibler auf Stresssituationen, haben oftmals weniger Ressourcen um solche Situationen zu bewältigen und sind anfälliger für psychische Erkrankungen und Störungen (vgl. Kapitel 5).

Wie in Kapitel 2 erläutert, wird die psychische Gesundheit sowohl durch *gesundheitsförderliches Verhalten* als auch *gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse* geprägt. Die Selbstsorge fördert beide dieser Aspekte. Denn einerseits ist Selbstsorge die Fähigkeit, die eigenen Grenzen und Bedürfnisse zu erkennen, sich nicht zu überfordern und einen liebevollen Umgang mit sich zu pflegen. Andererseits geht es darum, sich nicht durch Institutionen bestimmen zu lassen sondern Strukturen aktiv zu beeinflussen und somit eigenständig sein Leben zu gestalten.

Für Klientinnen und Klienten bedeutet dies, dass sie zu selbstsorgendem Verhalten animiert werden. Sie werden darin unterstützt, einen achtsamen Umgang mit sich selbst zu pflegen und Momente zu schaffen, die ihnen gut tun. Man kann beispielsweise die Klientel dabei zu unterstützen, ein passendes Hobby zu finden. Ausserdem versuchen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen auf individueller und institutioneller Ebene Mitbestimmungsmöglichkeiten für ihre Klientel zu schaffen. So können Erwachsene mit einer kognitiven Beeinträchtigung beispielsweise darin unterstützt werden, sich in der räumlichen Gestaltung in der betreuten Wohngruppe einzubringen, die Einrichtung mitzubestimmen und Raum erhalten, um sich durch persönliche Fotos und Gegenstände einzubringen. Institutionelle Strukturen können auch dadurch beeinflusst werden, dass Klientinnen und Klienten die Hausordnung mitbestimmen oder ihre Bedürfnisse in die Alltagsabläufe einbringen, damit sie sich wohl fühlen. Selbstsorge ermöglicht es, einerseits bei den Verhaltensweisen der Klientinnen und Klienten anzusetzen und andererseits Lebensverhältnisse in der betreuten Wohngruppe zu schaffen, die sich positiv auf die psychische Gesundheit der Bewohnenden auswirken.

Selbststärkung, Selbstreflexion, Selbsterleben, Selbstentfalten und Selbstregulierung sind laut Beckmann-Neuhaus relevante Aspekte um die Fähigkeit der Selbstsorge zu erlangen. Diese Aspekte stellen auch für Menschen ohne Beeinträchtigung hohe Anforderungen dar. Es fragt sich, inwiefern Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, welche häufig über ein eingeschränktes Reflexions- und Erinnerungsvermögen verfügen, diese Aspekte erfüllen können. Wie bei der Analyse in Kapitel 6 ersichtlich, ist es bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung relevant, die Selbstsorge niederschwellig anzugehen und einen Bezug zum Alltagserleben zu schaffen, um sie in ihrer Selbstsorgefähigkeit zu stärken. Entsprechend einer ressourcenorientierten Haltung und dem subjektzentrierten Ansatz setzt selbstsorgendes

Handeln bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung primär bei ihren Interessen, Bedürfnissen und Ressourcen an. Wenn Handeln auf persönlichen Bedürfnissen und Interessen beruht, kann das Individuum darin verstärkt eine Sinnhaftigkeit erkennen. Handeln, das sich auf die eigenen Ressourcen stützt, stärkt das Vertrauen in die eigene Kraft und somit in die Handbarkeit einer Situation. Die Erkenntnisse aus der Selbstsorge können Fachpersonen dafür sensibilisieren, durch eine selbstsorgende Haltung, methodische Herangehensweisen und praktische Tätigkeiten Selbstsorgemomente für ihre Klientel zu schaffen und ihnen Mitgestaltungsmöglichkeiten in der betreuten Wohngruppe zu eröffnen. Indem Bewohnerinnen und Bewohner ihre Lebensverhältnisse aktiv beeinflussen und die vorherrschenden Strukturen mitgestalten können, fördert das die Verstehbarkeit der Zusammenhänge im institutionellen Setting. Handbarkeit, Sinnhaftigkeit und Verstehbarkeit werden in der Salutogenese als Voraussetzung für das Kohärenzgefühl verstanden und sind relevant für die Gesunderhaltung des Menschen.

a) Was wird unter Selbstsorge verstanden und wie steht sie im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit?

Selbstsorge ist die Fähigkeit, eigenverantwortlich sein Leben zu gestalten, Belastungen richtig einzuschätzen, eigene Bedürfnisse zu berücksichtigen und Strukturen aktiv mitzugestalten. Selbstsorge kann als persönliche Haltung in Form eines liebevollen, achtsamen Umgangs mit sich selbst und seinen Mitmenschen verstanden werden. Weiter ist Selbstsorge auch ein methodisches Vorgehen, indem man sich bewusst Pausen gönnt, das Erwerbs- und Privatleben voneinander trennt oder Zeit und Raum für Ruhe, Entspannung und Erholung einplant. Zudem werden unter Selbstsorge konkrete, praktische Tätigkeiten und Momente verstanden, die einem guttun. Selbstsorgemomente sind individuell und vielfältig. Beispiele dafür sind eine morgendliche Joggingrunde, ein wohltuendes Bad oder ein gemeinsames Essen mit Freunden (vgl. Kapitel 3.1).

Durch Selbstsorge wird die physische und psychische Integrität gewahrt sowie ein persönliches Gleichgewicht zwischen Über- und Unterforderung gefunden. Dementsprechend trägt sie zur Erhaltung der psychischen Gesundheit bei. Des Weiteren ist jede selbstsorgende Handlung für das Individuum stimmig und sinnvoll. Der Sinnhaftigkeit ist im Kohärenzgefühl nach Antonovsky besonders relevant und wirkt sich positiv auf die psychische und physische Gesundheit aus.

b) Aus welchen Gründen sind Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung besonders gefährdet, psychisch zu erkranken?

Wie in Kapitel 5 beschrieben, wird die psychische Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sowohl von Anlagefaktoren als auch von Umweltfaktoren beeinflusst. Zu den Anlagefaktoren zählt, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung vulnerabler sind als Personen ohne Beeinträchtigung. Sie reagieren sensibler auf Stresssituationen, brauchen mehr Energie um diese zu bewältigen und haben dabei oft einen erschwerten Zugang zu geeigneten Ressourcen. Die Umweltfaktoren werden durch das soziale Umfeld beziehungsweise die Lebensumstände bestimmt. Die Mehrheit der Erwachsenen mit einer kognitiven Beeinträchtigung lebt in einer Institution. Da Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf betreuten Wohngruppen 24 Stunden von Betreuungspersonal umgeben sind und oftmals nicht darüber entscheiden können, mit wem sie zusammen wohnen, kann das zu Konflikten und Spannungen führen. Der Grad der Institutionalisierung und dem damit einhergehenden eng geführten Alltagsleben ist ebenfalls ein relevanter Grund für die erhöhte Prävalenz.

c) Welche Möglichkeiten lassen sich für die Praxis ableiten, um die psychische Gesundheit von erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in betreuten Wohngruppen zu erhalten?

Es gibt diverse Möglichkeiten auf der Haltungsebene, methodische Zugänge und praktische Tätigkeiten, um Klientinnen und Klienten in einer selbstsorgenden Haltung in der betreuten Wohngruppe zu unterstützen. In Kapitel 7 wurden verschiedene konkrete Beispiele aufgezeigt und kritisch hinterfragt wie unter anderem Biografiearbeit, körperliches Wohlbefinden, ein humorvoller Umgang oder kreative Tätigkeiten.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass keine der vorgestellten Möglichkeiten eins zu eins ins sozialpädagogische Setting übernommen werden kann. Jede Selbstsorgemöglichkeit muss individuell auf die Klientel angepasst werden und für die Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung stimmig sein. Nur so kann Selbstsorge zur Erhaltung der psychischen Gesundheit beitragen.

8.2. Berufsrelevante Schlüsse

Die Auseinandersetzung in dieser Bachelor-Arbeit hat ergeben, dass die Bedürfnis- und Stärkenperspektive ein relevanter Zugang ist, um Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu selbstsorgendem Handeln zu animieren. Auf der praktischen Ebene gibt es eine Vielfalt von Methoden und Tätigkeiten, um die Selbstsorge von Klientinnen und Klienten zu ermöglichen. Einige Beispiele wurden in Kapitel 7 erläutert. Es ist allerdings nicht möglich, Selbstsorgemöglichkeiten zu generalisieren, da diese auf die individuellen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Wünsche der Klientel angepasst sowie als subjektiv stimmig wahrgenommen werden müssen. Selbstsorge ist ein dynamischer Prozess, der sich zwischen dem Verhalten der Individuen und den herrschenden Strukturen abspielt. Wichtig ist, Klientinnen und Klienten die Möglichkeit zu bieten, die Rahmendbedingungen aktiv mitzugestalten und die Zusammenarbeit zwischen der Institution und Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern, um optimale Lebensverhältnisse zu schaffen.

Für Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sind ein wertschätzender Umgang, Feingefühl, Flexibilität und Kreativität erforderlich, um ihre Klientel im Prozess der Selbstsorge adäquat zu begleiten. Gleichzeitig ist ein reflektierter Blick auf die persönliche Sorge um sich erforderlich.

8.3. Persönliches Fazit

Im Verlauf dieser Arbeit bin ich auf die Vielfalt der Selbstsorgemöglichkeiten im institutionellen Setting aufmerksam geworden. Mir ist bewusst geworden, dass körperliche Bewegung, gemeinsames Lachen oder wertvolle Beziehungen die biopsychosozialen Widerstandskräfte von Klientinnen und Klienten stärken können und sie dadurch neue Ressourcen erschliessen oder bestehende festigen können. Weiter wurde mir bewusst, wie wichtig es ist, sich selbst als Professionelle der Sozialen Arbeit Sorge zu tragen, um Klientinnen und Klienten im selbstsorgenden Prozess adäquat begleiten zu können. Ausserdem hat mich die Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung darin bestärkt, mich beruflich auf diesem Gebiet weiterzubilden und weitere Arbeitserfahrungen zu sammeln.

8.4. Ausblick

An dieser Stelle wird auf mögliche Themen für zukünftige Bachelor-Arbeit verwiesen sowie Anregungen für das bearbeitete Praxisfeld gegeben.

Für künftige Bachelor-Arbeiten wäre es spannend zu untersuchen, inwiefern Selbstsorge für Menschen mit einer Schwerstbehinderung möglich ist. Diesbezüglich stünde wahrscheinlich insbesondere das körperliche Selbsterleben und –Entfalten im Vordergrund. Man könnte sich vertieft mit sensomotorischen Möglichkeiten und Prozessen auseinandersetzen. Für eine künftige Bachelor-Arbeit wäre auch denkbar, sich mit Biografiearbeit auseinander zu setzen. Dabei könnte untersucht werden, inwiefern sich biografisches Arbeiten auf die Identitätsbildung und die psychische Gesundheit von Klientinnen und Klienten auswirkt.

In Bezug auf die Praxis wäre es eine Möglichkeit mit dem Schema der emotionalen Entwicklung (SEO) nach Anton Došen den Entwicklungsstand einzelner Klientinnen und Klienten zu erfassen. Darauf basierend könnten gezielte und bedürfnisgerechte Selbstsorgemöglichkeiten ausprobiert werden.

Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Selbstsorge wurde mir bewusst, dass diese für die Klientel aber auch für Fach- und Privatpersonen an Bedeutung gewinnt. Selbstsorge hat verschiedene Facetten. Der Verein Evivo greift deren Leitideen auf: Ziel von Evivo ist es, Menschen zu befähigen, aktiv und gesund mit Krankheit und Beeinträchtigung zu leben. Gesundheit wird dabei als Balance zwischen biopsychosozialen Wechselwirkungen verstanden. Der Verein bietet verschiedene Kurse an die sich unter anderem Themen wie Umgang mit Schmerzen, Entspannung, Kommunikation oder Selbstmotivation widmen. Dabei richten sich die Kurse an Menschen, welche von Krankheit und Beeinträchtigung betroffen sind, an deren Freunde und Angehörige sowie an Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen (Evivo, ohne Datum). Mit dieser Arbeit trägt Evivo die Ideen und Erkenntnisse der Selbstsorge in die Gesellschaft und sensibilisiert Menschen für eine wohlwollende, selbstsorgende Haltung.

9. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Aulenbacher, Brigitte & Dammayr, Maria (2014). Für sich und andere sorgen. Einleitung. In Brigitte Aulenbacher & Maria Dammayr (Hrsg.), *Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft* (S. 9-15). Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- Beckmann-Neuhaus, Dorothee (2015). Mototherapie: Die Umsetzung des psychomotorischen Gedankens in der klinischen Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen. In Astrid Krus, Astrid & Christina Jasmund (Hrsg.), *Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern* (S. 186-205). Stuttgart: W. Kolhamer.
- Beckmann-Neuhaus, Dorothee (2012). Selbstfürsorge als Gesundheitsförderung im Kontext einer psychischen Erkrankung. *Motorik. Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie*, 35, 80-85.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Gefunden unter https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychischegesundheit/Bericht_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz_-BestandsaufnahmeundHandlungsfelder.pdf
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017). *Geschätzte Anzahl der Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschenbehinderungen/behinderungen.assetdetail.3962800.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2012). *Behinderungsarte, 2012*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/410597/master>

Daser, Bettina & Kerschgens, Anke (2011). Selbstsorge. In Rolf Haubl, Rolf & Günter G. Voss (Hrsg.), *Risikante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision. Eine Studie zu den psychosozialen Auswirkungen spätmoderner Erwerbsarbeit* (S. 57-67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen [DGBS]. (2014). *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*. Gefunden unter https://dgbs.de/fileadmin/user_upload/DGBS_Bilder/Diverse/V-S-Modell_2014_Bipolare_Stoerung.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, Hrsg. [DIMDI]. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Gefunden unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/>

Došen, Anton (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Effinger, Herbert (2014). *Lachen erlaubt. Witz und Humor in der Sozialen Arbeit*. Regensburg: Edition Buntehunde GdBR.

Emerson, Eric & Hatton, Chris (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry*, 191, 493-499.

Evivo (ohne Datum). Gefunden unter: <https://www.evivo.ch/web/evivo/kurs>

Foucault, Michel (1993). Technologien des Selbst. In Michel Foucault, Rux Martin, Luther H. Martin, William E. Paden, Keneth S. Rothwell, et al., *Technologien des Selbst* (S. 24-62) (Michael Bischoff, Übers.). Frankfurt am Main: S. Fischer (amerikan. *Technologies of the self*, Massachusetts, 1988).

Grabert, Andrea (2009). *Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit*. Düsseldorf: Jacobs-Verlag.

Gussone, Barbara & Schiepek, Günter (2000). *Die „Sorge um sich“. Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen*. Tübingen: dgvt-Verlag.

- Hausmann, Clemens & Koller, Martina M. (2017). *Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Haveman, Meindert & Stöppler, Reinhilde (2014). *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Heinz, Andreas (2016). *Psychische Gesundheit. Begriff und Konzepte*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Hermes, Veronika (2017). *Beratung und Therapie bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Das Praxishandbuch mit systemisch-ressourcenorientiertem Hintergrund*. Bern: Hogrefe.
- Hoffmann, Nicolas & Hoffmann, Birgit (2012). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater (2. Aufl.)*. Basel: Beltz Verlag.
- Hölzle, Christina (2011). Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext der Sozialen Arbeit, In Christina Hölzle & Irma Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden (2. Aufl. S. 31-51)*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hügli, Anton (1999). Selbstsorge als Zentralbegriff der Antiken Philosophie. In Joachim Küchenhoff (Hrsg.), *Selbsterstörung und Selbstfürsorge (S. 274– 280)*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Inclusion Handicap (Ohne Datum). Behindertenrechtskonvention (UNO-BRK). Gefunden unter <https://www.inclusion-handicap.ch/de/themen/uno-brk-74.html>
- Inclusion Handicap (2017). *Schattenbericht. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter http://insieme.ch/wpcontent/uploads/2017/08/schattenbericht_unobrkinclusionhandicapbarrierefrei.pdf
- Kastl, Jörg Michael (2017). *Einführung in die Soziologie der Behinderung (2. Aufl.)*. Wiesbaden: Springer, VS.

- Keupp, Heiner (2012). *Selbstsorge. Zur Selbsthilfe befähigen*. Düsseldorf: Centaurus Verlag.
- Klingenberger, Hubert (2017). *Biografiearbeit in Beratung und Coaching. Anlässe. Übungen*. Impulse. München: Don Bosco.
- Knoll, Nina, Scholz, Ute, Rieckmann, Nina (2013). *Einführung Gesundheitspsychologie*. München (3. Aufl.): Reinhardt Verlag.
- Krus, Astrid & Jasmund, Christina (Hrsg.) (2015). *Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Küchenhoff, Joachim, J. (1999). Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge – die seelischen Voraussetzungen. In Joachim Küchenhoff (Hrsg.), *Selbsterstörung und Selbstfürsorge* (S.147-164). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Kulig, Wolfram (2013). Behindertenrechtskonvention (BRK). In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (2. Aufl., S. 50-52). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kuvaev, Denis (ohne Datum). *Little girl blowing dandelion*. Gefunden unter <https://www.shutterstock.com/image-photo/little-girl-blowing-dandelion-364106918>
- Lantermann, Ernst-Dieter, Döring-Seipel, Elke, Eierdanz, Frank & Gerhold, Lars (2009). *Selbstsorge in unsicheren Zeiten. Resignieren oder Gestalten*. Weinheim: Beltz.
- Lindmeider, Chrisitan (2013). *Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Ein Praxishandbuch für Einzel- und Gruppentherapie* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lingg, Albert & Theunissen, Georg (2017). *Psychische Störungen und geistige Behinderung. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis* (7. Aufl.). Freiburg in Breisgau: Lambertus.
- Miethe, Ingrid (2014). *Biographiearbeit. Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

- Möckel, Andreas (2016). Geschichte der Behindertenpädagogik (Heilpädagogik). In Markus Dederich, Iris Beck, Ulrich Bleidick & Georg Antor (Hrsg.), *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (3. Aufl. S.120–123). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Müller, Hans-Peter (2014). Lebensführung und Lebenskunst im Zeitalter der Unsicherheit. In Brigitte Aulenbacher & Maria Dammayr (Hrsg.), *Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft* (S. 18-28). Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
- Norcoss, John C. & Guy, James D. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis. Wie Psychotherapeuten für sich selbst sorgen können*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Obrecht, Werner (2000). Das Systemische Paradigma der Sozialarbeitswissenschaft und der Sozialen Arbeit. In Hans Pfaffenberger, Albert Scherr & Richard Sorg (Hrsg.), *Von der Wissenschaft des Sozialwesens. Standort und Entwicklungschancen der Sozialpädagogik, Sozialarbeitswissenschaft* (S.115-143). Rostock: Neuer Hochschulschriftenverlag.
- Ossege, Tina Marein & Hammerschmidt, Doris (2016). *Entspannung für Menschen mit geistiger Behinderung. 30 Fantasiegeschichten zum Vorlesen und Anhören*. München: Ernst Reinhardt.
- Opp, Günther (2014). Psychische Gesundheit und Resilienz. In Georg Feuser, Birgit Herz & Wolfgang Jantzen (Hrsg.), *Emotion und Persönlichkeit. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik* (S. 164-170). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Röh, Dieter (2018). *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe* (2., überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Rückert, Norbert (2006). Merkmale und Determinanten psychischer Gesundheit. In Norbert Rückert, Petr Ondracek & Lyudmyla Romanenkova (Hrsg.), *Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese. Body and Soul: Salutogenesis and Pathogenesis*. Berlin: Frank & Timme.

- Schallenkammer, Nadine (2016). *Autonome Lebenspraxis im Kontext Betreutes Wohnen und Geistige Behinderung. Ein Beitrag zum Professionalisierungs- und Selbstbestimmungsdiskurs*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schiffer, Eckhard (2013). *Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese – Schatzsuche statt Fehlerfahndung*. Weinheim: Beltz.
- Schuntermann, Michael (2016). Klassifikation der Krankheitsfolgen ICF. In Markus Dederich, Iris Beck, Ulrich Bleidick & Georg Antor (Hrsg.), *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (3. Aufl., S.476-480). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schuppener, Saskia (2013a). Subjektzentrierung, In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (2. Aufl., S. 363). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schuppener, Saskia (2013b). Selbstwahrnehmung, In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (2. Aufl., S. 328-328). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schuppener, Saskia (2013c). Identität, Selbstbild, Selbstkonzept, In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (2. Aufl., S. 177-178). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schwalb, Helmut & Theunissen, Georg (2018). *Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best Practice-Beispiele: Wohnen – Leben – Arbeit – Freizeit* (3. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Stöppler, Reinhilde (2014). *Einführung in die Pädagogik geistiger Behinderung*. München: Ernst Reindhardt Verlag.
- Theunissen, Georg (2013). Vulnerabilität. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort(Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (2. Aufl., S. 405-406). Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Theunissen, Georg (2016). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeit*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Thiersch, Hans & Uhlendorff, Uwe (2004). Kleines Tätigkeitslexikon. In Klaus Mollenhauer & Uwe Uhlendorff, *Sozialpädagogische Diagnosen 1. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen* (4. Aufl, S. 115-131). Weinheim: Juventa Verlag.
- Trescher, Hendrik (2017). Zur bürokratischen Überformung der Subjekte. Wohnen in der stationären Alten- und Behindertenhilfe. In Miriam Meuth (Hrsg.), *Wohn-Räume und pädagogische Orte. Erziehungswissenschaftliche Zugänge zum Wohnen* (S. 245-266). Wiesbaden: Springer VS.
- Voigt-Papke, Gabriele (2014). *Gestalten mit einfachen Mitteln. Kreative Techniken für Menschen mit Behinderung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Wagner, Petra & Brehm, Walter (2006). Aktivität und psychische Gesundheit. In Klaus Bös & Walter Brehm, (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 103-117). Schorndorf: Hofmann.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Definition des Begriffs „Geistige Behinderung“*. Gefunden unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicablediseases/mentalhealth/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Mental health: strengthening our response*. Gefunden unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Wüllenweber, Ernst (2013). Prävention. In Georg Theunissen, Wolfram Kulig & Kerstin Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (2. Aufl., S. 283-284). Stuttgart: W. Kohlhammer.

10. Anhang

A. Methodisches Vorgehen

Eingrenzung des Themas

Spezifische Personengruppe:	Erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung
Arbeitsfeld:	Heimkontext
Fokus:	Erhaltung der psychischen Gesundheit
Methode:	Untersuchung der Selbstsorge (Was ist Selbstsorge? Welche Bedeutung hat sie für Klientinnen und Klienten? Wie kann sie im institutionellen Setting angewendet werden?)

Suchbegriffe

Psychische Gesundheit, Psychische Erkrankung, Resilienz, Salutogenese, Coping, Gesunderhaltung, Stressbewältigung

Selbstsorge (Verwandte Begriffe: Selbstfürsorge, Psychohygiene, Achtsamkeit, Selbstliebe)

Kognitive Beeinträchtigung (Verwandte Begriffe: geistige Behinderung, Intelligenzminderung, intellektuelle Behinderung)

Heimkontext (Verwandte Begriffe: Institution, institutionelles Wohnen, betreutes Wohnen, betreute Wohngruppen)

Behindertenpädagogik (Verwandte Begriffe: sozialpädagogische Arbeitsfelder, Behindertenarbeit)

Suchinstrumente

Kataloge: swissbib.ch, iluplus.ch, contect-select.ch

Mediotheken: HSLU SA, ZHB Luzern, FHNW Olten, HFGS Aarau, Kantonsbibliothek Aargau

Weitere Quellen: Ilias, Unterrichtsmaterial der HSLU SA, Austausch mit Dozierenden (Fachpoolgespräche), Austausch mit Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen