



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Psychische Gesundheit aus der Sicht von Menschen
mit intellektuellen Behinderungen - eine explorative
Studie mit Selbstvertreter:innen“

verfasst von / submitted by

Paula Moritz, B.Sc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Lueger-Schuster

Danksagung

Ein großer Dank gilt allen Teilnehmer:innen der Fokusgruppen, die sich die Zeit genommen haben, ihre Ansichten und Gedanken zu psychischer Gesundheit zu teilen und diese Arbeit überhaupt erst möglich gemacht haben.

Darüber hinaus möchte ich den beiden Selbstvertreter:innen besonders danken, die diese Studie im Rahmen der Beratungsgruppe unterstützt und begleitet haben. Herzlichen Dank für die kritischen Rückmeldungen, Fragen und Anmerkungen zu Inhalt und Sprache der Studienkonzeption!

Ein letzter Dank geht schließlich an die Lebenshilfe Österreich, die es ermöglicht hat, die Fokusgruppen im Rahmen des Selbstvertretungskongresses 2022 durchzuführen.

Inhaltsverzeichnis

Psychische Gesundheit aus der Sicht von Menschen mit intellektuellen Behinderungen: eine explorative Studie mit Selbstvertreter:innen	6
Intellektuelle Behinderungen	6
Begrifflichkeiten	6
Definition und Schweregrade	7
Prävalenz	7
Ätiologie	8
Modelle von Behinderung	8
Psychische Gesundheit und intellektuelle Behinderungen	10
Gesundheit und intellektuelle Behinderungen	10
Abgrenzung psychische Gesundheit und psychische Störungen	11
Psychische Gesundheit und intellektuelle Behinderungen	12
Psychische Gesundheit, intellektuelle Behinderungen und rechtlicher Rahmen	13
Partizipative Forschung	14
Fragestellung und Ziel dieser Arbeit	16
Methode	16
Fokusgruppen	16
Entwicklung des Fokusgruppen-Leitfadens	18
Elemente partizipativer Forschung	18
Stichprobenbeschreibung und Rekrutierung	19
Beziehung zwischen Studienteilnehmer:innen und Verfasserin dieser Arbeit	21
Ablauf der Datenerhebung	21
Auswertungsmethode	23
Transkription	24
Kodierung	24
Entwicklung, Überarbeitung und Benennung der Themen	25
Reflexivität der Analyse	25
Ergebnisse	25
Psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konzept	26

Vermischung psychischer Gesundheit und psychischer Störung	26
Psychische Gesundheit als schwer greifbarer Begriff	27
Definitionsversuch: wie es dem Inneren geht	28
Körperliche Verortung der Psyche	29
Komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit	30
(unidirektionaler) Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit	30
Unabhängigkeit psychischer und körperlicher Gesundheit	31
Körperliche Gesundheit als Referenz	32
Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit	32
Begegnung auf Augenhöhe und mit Respekt	33
Bedeutungsvolle Beziehungen	34
Jemanden zum Zuhören haben	35
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	36
Bedeutung des Zugangs zu sich selbst	37
Eigene Gefühle wahrnehmen und ihnen Raum geben	37
Eigenen Grenzen kennen und wahrnehmen	38
Selbstakzeptanz	40
Wissen, was einem:einer gut tut	41
Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie	41
Selbstbestimmung	42
Sinnstiftende Tätigkeiten	42
Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre	43
Entwicklungsmöglichkeiten und passende Unterstützung	44
Bedarf an Veränderungen und Aufklärung auf gesellschaftlicher Ebene	44
Offener Diskurs zu psychischen Störungen	45
Gesellschaftliches Bild von Behinderung	46
Ausbau der Angebote für Menschen mit IB	47
Bedarf an konkretem Handlungswissen	48
Diskussion	49
Verortung der Befunde vor dem Hintergrund der Literatur	49

Psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konzept	49
Komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit	51
Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit	52
Bedeutung des Zugangs zu sich selbst	53
Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie	55
Bedarf an Veränderungen und Aufklärung auf gesellschaftlicher Ebene	56
Implikationen für die Praxis	58
Stärken und Limitationen dieser Studie	59
Ausblick	60
Fazit	61
Zusammenfassung einer Teilnehmer:in	61
Literaturverzeichnis	62
Abkürzungsverzeichnis	75
Tabellenverzeichnis	75
Abbildungsverzeichnis	76
Anhang	77
Anhang A: Abstract (deutsch)	77
Anhang B: Abstract (englisch)	79
Anhang C: Protokollvorlage für Rückmeldungen aus Beratungsgruppe	81
Anhang D: Flyer für die Arbeits-Gruppe Psychische Gesundheit	83
Anhang E: Studieninformation in Leichter Sprache	84
Anhang F: Informationsblatt für Erwachsenevertreter:innen	89
Anhang G: Fokusgruppen-Leitfaden	90
Anhang H: Kurzfragebogen Soziodemografie in Leichter Sprache	93
Anhang I: Transkriptionssystem	94
Anhang J: tabellarische Übersicht über Themen und Unterthemen mit Beispielzitaten	95

Psychische Gesundheit aus der Sicht von Menschen mit intellektuellen Behinderungen: eine explorative Studie mit Selbstvertreter:innen

Die psychologische Forschung zu psychischer Gesundheit bezieht sich vornehmlich auf die Allgemeinbevölkerung und legt dabei einen besonderen Fokus auf Kinder und Jugendliche. Menschen mit intellektuellen Behinderungen (IB) stehen hingegen nur selten im Zentrum klinisch- oder gesundheitspsychologischer Forschung und finden auch in der akademischen Ausbildung von Psycholog:innen kaum Berücksichtigung (Schossleitner et al., 2023; Weber, 2018; Weber et al., 2022). Dies führt dazu, dass nur wenig über psychische Gesundheit in dieser Personengruppe bekannt ist. Dabei können Menschen mit IB wie alle anderen Menschen auch psychisch gesund oder psychisch erkrankt sein. Um angemessene und bedarfsgerechte Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen für diese Personengruppe entwickeln und anwenden zu können, ist es daher unerlässlich, psychische Gesundheit in dieser Population gesondert zu untersuchen.

Intellektuelle Behinderungen

Dieses Kapitel gibt einen allgemeinen Überblick über IB und geht dabei insbesondere auf Begrifflichkeiten, Definitionen, Prävalenz und Ätiologie ein. Zudem werden die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK; United Nations, 2006) und verschiedene Modelle von Behinderung vorgestellt.

Begrifflichkeiten

Die Bezeichnung von Menschen mit IB hat sich im Laufe der Zeit stark verändert und unterliegt noch heute starker Variation (Sappok, Georgescu & Weber, 2023). Gemäß der fünften, revidierten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022) werden IB als Intellectual Developmental Disorder (IDD) und gemäß der 11. Revision der *International Classification of Diseases* (ICD-11; World Health Organization [WHO], 2019a) als Disorders of Intellectual Development (DID) bezeichnet. Eine offizielle Übersetzung des ICD-11-Terminus ins Deutsche ist derzeit noch nicht vorliegend, weshalb im weiteren Verlauf die bisher gängige Formulierung Menschen mit IB (Griebler et al., 2021) verwendet wird, die den Menschen und nicht seine Behinderung in den Vordergrund stellt.

Betroffene Personen präferieren hingegen die Selbstbezeichnung Menschen mit Lernschwierigkeiten (Griebler et al., 2021; Netzwerk Selbstvertretung Österreich, o.D.). Dieser Begriff ist diagnostisch uneindeutig, da er eine inhaltliche Nähe zu den Lernentwicklungsstörungen vermuten lässt (Sappok, Georgescu & Weber, 2023; Zeilinger & Schossleitner, 2019). Aus Respekt vor der Selbstermächtigung, die mit der

Selbstbezeichnung einhergeht, wird diese im Rahmen dieser Masterthese im direkten Kontakt mit den betroffenen Personen genutzt und in den Materialien in Leichter Sprache verwendet.

Definition und Schweregrade

Es existieren unterschiedliche Definitionen von IB. Obwohl sich die internationalen Klassifikationssysteme ICD-11 (WHO, 2019a) und DSM-5-TR (APA, 2022) in ihren Begrifflichkeiten voneinander unterscheiden, sind sie hinsichtlich der notwendigen Diagnosekriterien für das Vorliegen einer IB miteinander vergleichbar und orientieren sich an der Konzeptualisierung der *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD; Schalock et al., 2021). IB zeichnen sich demnach durch eine deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit (Intelligenzquotient [IQ] < 70) sowie eine signifikante Einschränkung des sozial-adaptiven Verhaltens von mindestens zwei Standardabweichungen aus. Beide Kriterien müssen dabei erstmals vor Vollendung des 18. Lebensjahrs aufgetreten sein.

IB lassen sich in die vier Schweregrade leichte, mittelgradige, schwere und tiefgreifende IB unterteilen (siehe Tabelle 1), wobei die kognitiven und sozial-adaptiven Fähigkeiten mit zunehmendem Schweregrad sukzessive abnehmen (WHO, 2019a). Die Bestimmung des Schweregrades findet mithilfe standardisierter und normierter Messinstrumente wie Intelligenztests und sozial-adaptiven Verhaltensskalen statt.

Tabelle 1

Einteilung der Schweregrade gemäß ICD-11 (WHO, 2019a)

Schweregrad	ICD-11 Kodierung	IQ-Wert	mentales Referenzalter in Jahren
leicht	6A00.0	50 - 69	9 bis <12
mittelgradig	6A00.1	35 - 49	6 bis < 9
schwer	6A00.2	20 - 34	3 bis < 6
tiefgreifend	6A00.3	< 20	< 3

Prävalenz

Gemäß einer breit angelegten Metaanalyse mit 52 eingeschlossenen Publikationen aus den Jahren 1980 bis 2009 liegt die internationale Prävalenz für IB bei etwa 1% (Maulik et al., 2011). Die Autor:innen betonten die hohe Variabilität der Prävalenzschätzungen und stellten Prävalenzunterschiede zwischen Ländern unterschiedlichen Einkommensniveaus fest, wobei die Prävalenzrate mit sinkendem Einkommensniveau stieg (hohes Einkommensniveau 0.92% vs. niedriges Einkommensniveau 1.64%). Ein rezenteres systematisches Review, das 19 Primärarbeiten aus den Jahren 2010 bis 2015 einschließt, berichtete ebenfalls stark variierende Prävalenzraten (McKenzie et al., 2016). Diese lagen

zwischen 0.05% und 1.55%. Beide Studien stellten zudem eine Häufung von IB bei männlichen gelesenen Personen fest. Für Österreich liegen aufgrund einer fehlenden systematischen Datengrundlage derzeit keine Prävalenzdaten für IB vor (Griebler et al., 2021). Auf Basis von Daten ökonomisch und sozial ähnlich entwickelter Länder wie Dänemark und Schweden kann für Österreich jedoch eine IB-Prävalenz von etwa 1% angenommen werden (Griebler et al., 2021).

Hinsichtlich der Verteilung der vier Schweregrade kann international eine Häufung leichter IB als gesichert angenommen werden. Weber und Rojahn (2019) zufolge haben 85% der betroffenen Personen eine leichte, 10% eine mittelgradige und nur etwa 5% eine schwere oder tiefgreifende Form von IB.

Ätiologie

Mit IB assoziierte Faktoren sind vielfältig (Percy et al., 2017). Die AAIDD unterscheidet zwischen vier verschiedenen Faktortypen, die zur Entstehung von IB beitragen oder diese verursachen können: biomedizinische, soziale, behaviorale und bildungsbezogene Faktoren (Schalock et al., 2021). Zu den biomedizinischen Faktoren gehören gesundheitsbezogene Faktoren wie mütterliche Rötelerkrankungen in der Schwangerschaft oder genetische Veränderungen wie Trisomie 21. Derzeit sind etwa 450 Gene bekannt, die mit IB assoziiert sind (Percy et al., 2017). Soziale Faktoren sind beispielsweise ungünstige soziale Interaktionen oder familiäre Vernachlässigung (Schalock et al., 2021). Verhaltensweisen wie Drogen- oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zählen zu den behavioralen Faktoren und fehlender Zugang zu Erfahrungen, die adaptives Verhalten fördern (z.B. familiäre Unterstützung) zu den bildungsbezogenen Faktoren (Schalock et al., 2021). Soziale, behaviorale und bildungsbezogene Faktoren lassen sich auch unter dem Begriff der Umweltfaktoren zusammenfassen (Percy et al., 2017).

Eine andere Einteilung lässt sich nach dem Zeitpunkt der Exposition mit diesen Faktoren vornehmen. Dabei wird zwischen pränataler, perinataler und postnataler Exposition unterschieden (Percy et al., 2017; Schalock et al., 2021). Genetische Faktoren treten dabei hauptsächlich pränatal auf, während Umweltfaktoren zu allen drei Zeitpunkten einwirken können. Aufgrund des komplexen Zusammenspiels von biologischen Faktoren und Umweltfaktoren ist die Ätiologie der IB in vielen Fällen nicht eindeutig bestimmbar (Percy et al., 2017; Schalock et al., 2021). Aktuelle Schätzungen weisen darauf hin, dass in 30% bis 40% der Fälle die Genese der IB nicht bekannt ist (Griebler et al., 2021).

Modelle von Behinderung

Traditionell wird zwischen zwei verschiedenen Modellen von Behinderungen unterschieden: dem medizinischen und dem sozialen Modell von Behinderung. Beide

Modelle unterscheiden sich in ihren Grundannahmen maßgeblich voneinander und beeinflussen so die gesellschaftliche Wahrnehmung von Behinderungen.

Das medizinische Modell basiert auf einem bio-medizinischen Ansatz und folgt einer klaren Ursache-Wirkungs-Logik (Olkin, 2002). Nach Verständnis dieses Modells stellt Behinderung eine funktionale Normabweichung dar, die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor oder ein traumatisches Ereignis verursacht wird und mit einer funktionalen Beeinträchtigung einhergeht. Dementsprechend wird Behinderung als ein Charakteristikum des Individuums verstanden, das untrennbar mit der Person verbunden und dieser inhärent ist. In der Folge wird die Person mit ihrer Behinderung gleichgesetzt, was sich in Formulierungen wie der ‚behinderte Mensch‘ manifestiert. Der klinischen Perspektive dieses Modells entsprechend werden im Umgang mit Behinderungen Aspekte der Pflege und Behandlung in den Fokus gerückt. Ziel des medizinischen Modells ist, die funktionale Beeinträchtigung zu therapieren respektive zu rehabilitieren. Andauernde funktionale Beeinträchtigungen sind über das medizinische Modell nicht ausgleichbar.

Dem gegenüber steht das soziale Modell von Behinderung. Dieses versteht Behinderung als eine soziale Realität, die durch die Gegebenheiten der Umwelt und der Gesellschaft erst konstruiert wird (Oliver, 1981; Olkin, 2002). Anders als im medizinischen Modell wird hier die Ursache der Behinderung nicht im Individuum, sondern in der Gesellschaft verortet, die die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen nicht ausreichend berücksichtigt. Folglich wird die Behinderung nur als ein Teil der Person, jedoch nicht als grundlegendes Charakteristikum verstanden. Zentrale Forderung des sozialen Modells ist der Abbau von physischen, strukturellen und gesellschaftlichen Barrieren, die Menschen mit Behinderungen die Teilhabe an der Gemeinschaft erschweren oder verwehren. Ziel dieses Modells ist es, den Sozialraum an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen anzupassen und ihnen so eine maximale Teilhabe zu ermöglichen.

Trotz der konträren Grundannahmen ist beiden Modellen gemein, dass sie einen bestimmten Aspekt von Behinderung, die biologische respektive soziale Komponente, in den Vordergrund stellen. Behinderung sollte jedoch weder auf ein medizinisches noch auf ein soziales Phänomen reduziert werden, sondern verschiedene Aspekte ganzheitlich berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist ein interaktionales Modell von Behinderung entstanden, das Behinderung als bio-psycho-soziales Phänomen konzeptualisiert (WHO & Weltbank, 2011). Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF; WHO, 2001) versteht Behinderung als ein dynamisches Zusammenspiel gesundheitlicher und kontextueller Faktoren, wobei sowohl persönliche als auch umweltbedingte Einflüsse berücksichtigt werden. Dieser Ansatz stellt eine Synthese des medizinischen und des sozialen Modells dar. Behinderung fungiert dabei als übergeordneter Begriff für

Beeinträchtigungen, Aktivitäts- und Teilhabeeinschränkungen und bezieht sich auf die negativen Aspekte der Interaktion aus Individuums- und Kontextfaktoren (WHO, 2001).

Psychische Gesundheit und intellektuelle Behinderungen

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die psychische Gesundheitssituation von Menschen mit IB. Zunächst wird die gesundheitliche Situation von Menschen mit IB im Allgemeinen umrissen, anschließend auf den Unterschied psychischer Gesundheit und psychischer Störung vertiefend eingegangen sowie die derzeitigen Erkenntnisse hinsichtlich psychischer Gesundheit bei Menschen mit IB dargestellt. Das Kapitel schließt mit einer Skizzierung des Rechtsanspruchs auf psychische Gesundheit und einer Darstellung des menschenrechtlichen Rahmens.

Gesundheit und intellektuelle Behinderungen

Aus einem aktuellen Bericht des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit und Konsument:innenschutz geht hervor, dass in Österreich aufgrund einer fehlenden gesundheitsspezifischen Datenbasis von Menschen mit IB nur wenig über die gesundheitliche Situation dieser Personengruppe bekannt ist (Griebler et al., 2021). Die internationale Datenlage weist hingegen darauf hin, dass Menschen mit IB häufiger von gesundheitlichen Problemen betroffen sind und einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem haben als die Allgemeinbevölkerung (Griebler et al., 2021; Häßler et al., 2021; Heslop et al., 2014; Krahn et al., 2006). Ein narratives Literaturreview macht dafür eine Kaskade von medizinischen, sozialen und soziopolitischen Disparitäten verantwortlich (Krahn et al., 2006). Aktuelle Studien gehen davon aus, dass nahezu alle Personen mit IB mindestens eine körperliche Erkrankung und etwa ein Drittel eine psychische Störung haben (Kinnear et al., 2018; Mazza et al., 2020). Diese erhöhte Krankheitslast resultiert in einer stärkeren Belastung im Alltag sowie einer deutlich reduzierten Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Griebler et al., 2021; WHO, 2019b), wobei ein Großteil der Todesfälle durch rechtzeitige und qualitativ hochwertige medizinische Behandlung potenziell vermeidbar wäre (Heslop et al., 2014; Hosking et al., 2016). Die Ergebnisse eines systematischen Literaturreviews mit 73 eingeschlossenen Studien (Griebler et al., 2021) zeigten zudem, dass die erhöhte Sterblichkeit von Menschen mit IB auch dann zu beobachten war, wenn diese von den ursächlichen Erkrankungen ähnlich häufig oder sogar seltener betroffen waren als die Allgemeinbevölkerung. Mit dem vorzeitigen Versterben in dieser Personengruppe assoziierte Faktoren sind unter anderem das Leben in einer nicht an die Bedürfnisse der Person angepassten Wohnform, Abhängigkeit von anderen in Bezug auf Mobilität und Nahrungsaufnahme sowie zu spät gestellte Diagnosen und ein verzögerter Behandlungsbeginn (Heslop et al., 2014).

Ursächlich für die unbefriedigende Gesundheitsversorgung von Menschen mit IB sind die gegenwärtig nicht an den Bedarf und die Bedürfnisse dieser Personengruppe angepassten fachlichen, organisationalen und strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems (Sappok et al., 2021; Sappok & Steinhart, 2021). Dies gilt für somatische wie psychische Aspekte von Gesundheit gleichermaßen. Es bedarf systematischer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie einer Verbesserung der medizinischen Versorgungslandschaft und Sensibilisierung von Angehörigen in Gesundheitsberufen für Menschen mit IB, um die gesundheitliche Situation dieser Personengruppe nachhaltig zu verbessern (z.B. Griebler et al., 2021).

Abgrenzung psychische Gesundheit und psychische Störungen

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Komponente allgemeiner Gesundheit (WHO, 2004), deren Verständnis sich in der vergangenen Zeit grundlegend gewandelt hat. Zwei zueinander konträre konzeptionelle Modelle bilden diese Entwicklung exemplarisch ab.

Das bipolare Modell psychischer Gesundheit geht davon aus, dass psychische Gesundheit und psychische Störung die entgegengesetzten Enden des gleichen Kontinuums widerspiegeln (Trent, 1992). Individuen bewegen sich demnach zwischen den beiden Polen psychische Gesundheit und psychische Störung. Psychische Gesundheit und psychische Störung schließen einander in diesem Modell wechselseitig aus; eine Person ist entweder psychisch gesund oder psychisch krank (Keyes, 2005). Lange Zeit prägte diese Vorstellung das Verständnis von psychischer Gesundheit, was dazu führte, dass psychische Gesundheit mit der Abwesenheit psychischer Störung gleichgesetzt wurde (Iasiello et al., 2020). Diese Ansicht gilt heute als veraltet. Stattdessen hat sich das 2-Kontinua-Modell psychischer Gesundheit durchgesetzt (Keyes & Simoes, 2012). Dieses besagt, dass psychische Gesundheit und psychische Störung als zwei verwandte, jedoch in ihrer Konzeption voneinander unabhängige Konstrukte zu verstehen sind (Fusar-Poli et al., 2020; Keyes, 2005). Psychische Gesundheit und psychische Störung stellen somit nicht entgegengesetzte Enden des gleichen Spektrums dar, sondern sind vielmehr distinkte, aufeinander bezogene Kontinua mit eigenen Ausprägungen. Die Abwesenheit psychischer Störung ist somit nicht mehr gleichbedeutend mit dem Vorhandensein psychischer Gesundheit. Entsprechend kann eine Person eine psychische Störung haben und gleichzeitig ein hohes Maß an psychischer Gesundheit aufweisen (Fusar-Poli et al., 2020; Keyes, 2005). Hinsichtlich der Erklärungskraft beider Modelle zeigten die Ergebnisse eines Scoping Reviews mit 83 eingeschlossenen Studien die Überlegenheit des 2-Kontinua-Modells gegenüber dem bipolaren Modell psychischer Gesundheit (Iasiello et al., 2020). Anders als das bipolare Modell psychischer Gesundheit, das lediglich die Reaktion auf krankheitsfördernde Faktoren zulässt, erlaubt das 2-Kontinua-Modell zudem ein proaktives Agieren im Sinne der Gesundheitsförderung (Herron & Trent, 2000).

Derzeit existieren verschiedene Definitionen von psychischer Gesundheit, wobei die bekannteste die der WHO ist (Fusar-Poli et al., 2020). Diese versteht psychische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“ (WHO, 2005). Dieser Zustand wird durch individuelle Merkmale, soziale Umstände, Umweltfaktoren sowie die Interaktion dieser Determinanten beeinflusst (WHO, 2012). Eine etwas anders gewichtete Definition psychischer Gesundheit ist die der Public Health Agency of Canada (2006). Diese versteht psychische Gesundheit als die Fähigkeit einer Person so zu fühlen, zu denken und zu handeln, dass sie ihr Leben genießen und mit den Herausforderungen des Lebens gut umgehen kann. Psychische Gesundheit sei demnach ein positives Gefühl des emotionalen und spirituellen Wohlbefindens, das die Bedeutung von sozialer Verbundenheit, Kultur, sozialer Gerechtigkeit und persönlicher Würde respektiert. Während die Theorie der psychologischen Grundbedürfnisse (Basic Psychological Needs Theory [BPNT]; Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste et al., 2020) davon ausgeht, dass psychische Gesundheit und Wohlbefinden auf dem Erleben von Autonomie, Kompetenz und sozialer Verbundenheit beruhen, benennt ein aktuelles Literaturreview (Fusar-Poli et al., 2020) psychische Gesundheitskompetenz, Einstellungen zu psychischen Störungen, Selbstwahrnehmung und Werte, kognitive Fähigkeiten, schulische oder berufliche Leistungen, Emotionen, Verhaltensweisen, soziale Fähigkeiten, familiäre und andere wichtige Beziehungen, Selbstregulationsstrategien, physische Gesundheit, sexuelle Gesundheit sowie Lebenssinn und Lebensqualität als Faktoren, die maßgeblich zu psychischer Gesundheit beitragen. Sowohl die Vielzahl dieser Faktoren als auch die Existenz verschiedener Definitionen psychischer Gesundheit verdeutlichen die Vielschichtigkeit und Komplexität dieses Konstruktes.

In Abgrenzung zu psychischer Gesundheit zeichnen sich psychische Störung gemäß WHO hingegen durch eine Kombination aus belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen Personen sowie einer Beeinträchtigung der Funktionalität aus (WHO, 2019c).

Psychische Gesundheit und intellektuelle Behinderungen

Während deutlich erhöhte Prävalenzraten und die stärkere Vulnerabilität für psychische Störungen (Cooper et al., 2007; Griebler et al., 2021; Munir, 2016) sowie ein schlechteres Beratungs- und Behandlungsangebot für Menschen mit IB als gesichert gelten (Glasenapp, 2019; Kufner, 2015; Zeilinger & Schossleitner, 2019), ist derzeit nur wenig über die psychische Gesundheit in dieser Personengruppe bekannt (Beaily et al., 2022). Es mangelt an Studien, die sich systematisch mit Aspekten psychischer Gesundheit wie gesundheitsförderlichen Faktoren, Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit oder der psychischen Gesundheitskompetenz von Menschen mit IB

befassen. Insbesondere Arbeiten, die einen partizipativen Ansatz verfolgen und Einblicke in die Perspektiven von Betroffenen ermöglichen, sind rar (Beaily et al., 2022). Dabei erscheint es zunächst, als gäbe es eine Vielzahl an Studien, die sich des Forschungsfeldes psychische Gesundheit bei Menschen mit IB annehmen (Komenda et al., 2023). Bei genauer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass sich diese Arbeiten in den meisten Fällen mit Aspekten psychischer Störungen befassen (Komenda et al., 2023). Der Begriff psychische Gesundheit wird in diesem Zusammenhang lediglich als Euphemismus für psychische Störungen genutzt (Atanasova et al., 2019).

Eine Ausnahme stellt eine Studie aus Kanada dar (Beaily et al., 2022). Diese untersuchte in Form von Einzelinterviews die Vorstellung von acht jungen Erwachsenen mit IB oder verwandten Entwicklungsstörungen (z.B. neurologische Entwicklungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen) zu psychischer Gesundheit. Die Autor:innen stellten fest, dass die befragten Personen nur eine vage Vorstellung von psychischer Gesundheit hatten und leiteten daraus den Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz bei jungen Menschen mit IB ab. Darüber hinaus mangelt es an qualitativen Beschreibungen psychischer Gesundheit aus der Perspektive von Menschen mit IB. Dabei wären gerade diese Arbeiten von äußerster Relevanz, um zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich psychischer Gesundheit zu entwickeln.

Psychische Gesundheit, intellektuelle Behinderungen und rechtlicher Rahmen

Jeder Mensch hat das Recht auf ein Höchstmaß an körperlicher und psychischer Gesundheit (United Nations, 2020). Das gilt auch für Menschen mit Behinderungen und ist unter anderem in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK, United Nations, 2006) festgeschrieben. Die UN-BRK ist ein völkerrechtlicher Vertrag zur Sicherung der Rechte von Menschen mit Behinderungen, der 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen und 2008 in Kraft getreten ist. Sie beinhaltet die Bekräftigung der allgemeinen Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen sowie eine Vielzahl auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen abgestimmte Regelungen. Derzeit haben weltweit 186 Staaten die UN-BRK ratifiziert (United Nations, 2023) und sich somit verpflichtet, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten. Artikel 25 und Artikel 26 der UN-BRK gehen dabei spezifisch auf die gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderungen ein. Dort heißt es, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf eine diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung haben, die in Bandbreite, Qualität und angewandten Standards der Versorgungssituation der Allgemeinbevölkerung entspricht (Artikel 25 UN-BRK). Die geforderten Gesundheitsleistungen sollen dabei so gemeindenah wie möglich angeboten werden. Artikel 26 geht verstärkt auf Aspekte umfassender

Habilitations- und Rehabilitationsmaßnahmen im Kontext von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ein. Diese Maßnahmen sollen frühestmöglich ansetzen und Menschen mit Behinderungen die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens ermöglichen oder diese bewahren.

Die im Rahmen der Agenda 2030 formulierten UN-Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable development goals, SDGs, United Nations, 2015) decken sich inhaltlich mit den Artikeln 25 und 26 der UN-BRK. So heißt es in SDG 3, ein gesundes Leben sei für alle Menschen zu gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern. Punkt 3.4 geht dabei explizit auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden ein und fordert entsprechende Präventions- und Fördermaßnahmen.

Auf nationaler Ebene wird dies in Österreich im Rahmen der 10 Gesundheitsziele formuliert (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2012). Die Ziele 9 und 10 gehen dabei auf die nachhaltige Sicherstellung psychischer Gesundheit und qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen ein, was Menschen mit IB einschließt.

Partizipative Forschung

In den vergangenen Jahrzehnten hat partizipative Forschung immer mehr an Bedeutung gewonnen (Buchner et al., 2016; Munde & Tillmann, 2022). Partizipative Forschung ist ein Oberbegriff für Forschungszugänge, die Menschen unterschiedlicher Heterogenitätsdimensionen (z.B. Alter, Ethnie, Behinderung) aktiv am Forschungsprozess beteiligen (Goeke, 2016; Munde & Tillmann, 2022). Personen, die zuvor lediglich Teilnehmer:innen wissenschaftlicher Forschung waren, werden zu Co-Forscher:innen. Das zentrale Moment des Ansatzes ist die Partizipation an der Wissensproduktion, wobei sich diese sowohl auf den Inhalt der Forschung, als auch den Forschungsprozess selbst beziehen und in unterschiedlichen Ausprägungen stattfinden kann (Farin-Glattacker et al., 2014; Goeke, 2016). Partizipative Forschung basiert auf der erkenntnistheoretischen Grundannahme, dass Wissenschaftler:innen die Lebensrealitäten und Wahrnehmungen anderer nicht ohne Einbezug von Erfahrungsexpert:innen ganzheitlich verstehen können (von Unger, 2014). Ziel ist es, in Koproduktion neues Wissen zu generieren, zur Analyse und zum Verständnis sozialer Wirklichkeiten beizutragen und aus den Erkenntnissen Handlungsansätze zur Veränderung dieser sozialen Wirklichkeiten abzuleiten und umzusetzen (von Unger, 2014).

Menschen mit IB wurden lange Zeit nicht als zuverlässige Quelle für wissenschaftliche Forschung angesehen (Emerson et al., 2013), weshalb stattdessen vornehmlich Proxy-Aussagen Dritter (z.B. Angehöriger oder Betreuer:innen) berücksichtigt wurden (Owen et al., 2016). Dies hat sich inzwischen geändert und es gibt immer mehr Bestrebungen, Selbstaussagen von Menschen mit IB zu erfassen, um ihren genuinen Perspektiven gerecht werden zu können (Carlson, 2010; Emerson et al., 2013). Inklusive

Aspekte in der Forschung und das gemeinsame Forschen von Menschen mit und ohne Behinderungen sind in den letzten Jahren vermehrt in den wissenschaftlichen Diskurs gelangt (Buchner et al., 2016). Diese Form der partizipativen Forschung wird als inklusive Forschung bezeichnet und ist definiert als:

Forschung, die Menschen mit IB einbezieht und involviert, und zwar mehr als nur als Forschungsgegenstand. Menschen mit IB sind Akteur:innen, Menschen, deren Sichtweisen in ihren eigenen Worten direkt in den veröffentlichten Ergebnissen repräsentiert sind, aber – und das ist wichtig – sie sind gleichzeitig Forscher:innen, die eine aktive Rolle spielen als Initiator:innen, Interviewer:innen, Analysierende oder Autor:innen. (Walmsley & Johnson, 2003, S. 61f., eigene Übersetzung)

Diese Form der partizipativen Forschung ist insbesondere durch die Behindertenrechtsbewegung des späten 20. Jahrhunderts geprägt (Walmsley & Johnson, 2003) und versucht in ihrer Umsetzung dem Leitgedanken der Mensch-zuerst-Bewegung ‚nichts über uns ohne uns‘ (Netzwerk Selbstvertretung Österreich, o.D.) gerecht zu werden (Walmsley et al., 2018). Inklusive Forschungszugänge nehmen Menschen mit IB als Co-Forschende wahr und beteiligen sie aktiv im Forschungsprozess (Frankena et al., 2019; Goeke, 2016; van der Crujisen & Jansen, 2020; Walmsley & Johnson, 2003). Im Fokus inklusiver Forschung stehen dabei das Recht auf Teilhabe und die Zugänglichkeit von Wissen und Forschung für alle (von Unger, 2014). Diese soziopolitische Dimension spiegelt sich in einer aktualisierten Definition inklusiver Forschung wider (Walmsley et al., 2018). Darin heißt es unter anderem, inklusive Forschung sei

Forschung, die zum sozialen Wandel beitragen soll, die hilft, eine Gesellschaft zu schaffen, der ausgegrenzte Gruppen angehören, und die darauf abzielt, die Lebensqualität dieser Gruppen zu verbessern. (Walmsley et al., 2018, S. 758, eigene Übersetzung)

Inklusive Forschung hat zudem ein empowerndes Potenzial, da sie Menschen mit IB zuspricht, einen wertvollen Beitrag bei der Produktion neuen Wissens leisten zu können (Owen et al., 2016). Trotz erhöhten Ressourcenaufwands (Zeit, Personal, Kosten) im Vergleich zu ‚herkömmlicher Forschung‘ (Walmsley et al., 2018), hat sich der Einsatz inklusiver Arbeitsgruppen in verschiedenen Forschungsfeldern bewährt (Burtscher et al., 2017; Frankena et al., 2019; Sappok et al., 2021; van der Crujisen & Jansen, 2020; Vlot-van Anrooij et al., 2022). Insbesondere die Gesundheitsforschung erfolgt zunehmend unter aktiver Beteiligung der Menschen, die im Mittelpunkt der Forschung stehen (Abma et al., 2019; Goeke, 2016). Dies betrifft auch Forschung unter Einbezug von Menschen mit IB (Buchner et al., 2016; Frankena et al., 2019; Munde & Tillmann, 2022; van der Crujisen & Jansen, 2020; Walmsley et al., 2018). So sind in den vergangenen Jahren beispielsweise ein Gesundheitsförderungsprogramm für Menschen mit IB (Burtscher et al., 2017) oder

medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache (Sappok et al., 2021) aus inklusiven Forschungsprojekten hervorgegangen. Bis auf ein Projekt einer Wiener Arbeitsgruppe (Komenda et al., 2023) sind nach derzeitigem Wissenstand jedoch keine entsprechenden Bestrebungen im Forschungsfeld psychische Gesundheit und IB bekannt.

Fragestellung und Ziel dieser Arbeit

Nach derzeitigem Wissenstand existieren nur wenige Studien, die sich mit psychischer Gesundheit bei Menschen mit IB befassen. Insbesondere Arbeiten, die einen partizipativen Ansatz verfolgen und Einblicke in die Perspektiven von Betroffenen ermöglichen, sind rar. Dabei sind gerade solche Arbeiten von hoher Relevanz, um geeignete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in dieser Personengruppe abzuleiten. Diese Wissenslücke steht im direkten Konflikt mit den Artikeln 25 und 26 der UN-BRK und widerspricht zudem den Zielen der Agenda 2030 sowie den Österreichischen Gesundheitszielen.

Die vorliegende Arbeit nimmt sich dieser Wissenslücke an und fokussiert sich auf die Perspektiven von Menschen mit IB auf psychische Gesundheit. Daraus leitet sich die folgende Forschungsfrage ab: Welche Vorstellungen haben Menschen mit IB von psychischer Gesundheit? Unter dieser Hauptfrage werden die Gedanken und Fragen von Menschen mit IB zu psychischer Gesundheit eruiert sowie untersucht, woher Menschen mit IB Informationen zu psychischer Gesundheit beziehen. Ziel der Studie ist es, Einblicke in die Perspektiven von erwachsenen Personen mit IB auf psychische Gesundheit zu ermöglichen und einen Ausgangspunkt zur Ableitung möglicher Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen zu liefern.

Methode

Qualitative Forschung hat sich in der Vergangenheit als sinnvoll erwiesen, Erfahrungen von Menschen mit IB zugänglich und verständlich zu machen (Beail & Williams, 2014; Beaily et al., 2022; Owen et al., 2016). Zur Beantwortung der Fragestellung verfolgt die vorliegende Masterthese daher einen qualitativen, explorativen Forschungszugang in Form von Fokusgruppen, um Menschen mit IB Raum für ihre Sichtweisen, Gedanken und Fragen zu psychischer Gesundheit zu geben und diese systematisch zu erfassen. Im Sinne partizipativer Forschung wurden Menschen mit IB in Form einer Beratungsgruppe in die Planung und Vorbereitung dieser Studie einbezogen. Die Durchführung dieser Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Wien unter der Referenznummer 00874 genehmigt.

Fokusgruppen

Fokusgruppen sind moderierte, themengeleitete Diskussionen mit mehreren Teilnehmer:innen (Braun & Clarke, 2013). Dieses Vorgehen erlaubt es, möglichst viele

verschiedene Perspektiven in Bezug auf ein Thema zu erfassen (Armstrong et al., 2000; Munde & Tillmann, 2022; Owen et al., 2016; Underhill & Olmsted, 2013; Wilkinson, 1998). Fokusgruppen sind in der Regel teilstrukturierte, offene Diskussionsformate, die sich an einem vorab entwickelten Leitfaden orientieren (Braun & Clarke, 2013) und ähneln in ihrer Ausgestaltung natürlichen Gesprächen im Alltag, wodurch Künstlichkeit und Dekontextualisierung der Erhebungsmethode reduziert werden (Wilkinson, 1999). Das macht sie für Menschen mit IB zugänglicher als andere Erhebungsmethoden wie beispielsweise Einzelinterviews (Owen et al., 2016). Das Gruppenformat erlaubt es den Teilnehmer:innen miteinander zu interagieren, Fragen zu stellen, Ansichten anderer zu kommentieren, einander zu kritisieren oder zuzustimmen. Die soziale Interaktion der Teilnehmer:innen untereinander stellt einen zentralen Unterschied zu anderen methodischen Herangehensweisen dar (Braun & Clarke, 2013; Johansson et al., 2007) und ermöglicht, dass Erfahrungen ausgetauscht und Meinungen geäußert werden, die in Einzelinterviews möglicherweise nicht zur Sprache kämen (Carey, 1994; Stewart et al., 2007). Dieser Erfahrungsaustausch kann ein empowerndes Moment darstellen, da die Teilnehmer:innen die Möglichkeit haben zu erkennen, dass sie mit ihren Ansichten und Erfahrungen nicht allein sind (Braun & Clarke, 2013; Trevisan, 2021). Das ist insbesondere für marginalisierte Gruppen wie Menschen mit IB von großer Bedeutung und kann diese ermutigen, ihr eigenes Vokabular und ihren eigenen sprachlichen Duktus im Rahmen der Diskussion zu verwenden (Braun & Clarke, 2013; Wilkinson, 1998).

Aufgrund ihres offenen Charakters ermöglichen Fokusgruppen Forschenden, ein bestimmtes Thema aus der Sichtweise der Gruppenteilnehmer:innen zu untersuchen und zu verstehen (Wibeck et al., 2007); sie eignen sich somit insbesondere für die Bearbeitung wenig beforschter Themenfelder, explorativer Fragestellungen und die Erfassung von Perspektiven unterrepräsentierter, sozial marginalisierter Gruppen (Frith, 2000; Wilkinson, 1999) wie Menschen mit IB. Zudem erwiesen sich Fokusgruppen aufgrund ihrer Kompatibilität zu verschiedenen Kommunikationsstilen in der Vergangenheit als nützlich in der Arbeit mit Menschen mit IB (Fraser & Fraser, 2008; Owen et al., 2016; Trevisan, 2021; Tuffrey-Wijne et al., 2007).

Der aus der Literatur abgeleiteten empfohlenen Anzahl an Fokusgruppen folgend, wurden im Rahmen dieser Masterthese zwei Fokusgruppen durchgeführt (Guest et al., 2017). Zwei bis drei Fokusgruppen unter Verwendung eines teilstrukturierten Leitfadens seien demnach ausreichend, um mindestens 80% der relevanten Themen im Datenmaterial zu identifizieren (Guest et al., 2017). Der theoretischen Empfehlung entsprechend, wurde eine Gruppengröße von vier bis maximal zehn Teilnehmer:innen festgelegt (Fraser & Fraser, 2008; Moore, 1987; Tuffrey-Wijne et al., 2007). Neben der theoretischen Empfehlung ergibt sich die Obergrenze aus den durch den Selbstvertretungskongress vorgegebenen

Rahmenbedingungen. Größere Gruppen haben zudem den Nachteil, dass mehr Zeit darauf verwendet werden muss, sicherzustellen, dass alle Teilnehmer:innen zu Wort kommen können, was zu Lasten der Tiefe der inhaltlichen Diskussion gehen kann (Owen et al., 2016). Kleinere Gruppen haben den Vorteil, dass sie weniger einschüchternd wirken und die Teilnehmer:innen mehr Zeit haben, ihre Gedanken zu artikulieren (Fraser & Fraser, 2008; Trevisan, 2021). Dies ist gerade im Umgang mit Menschen mit IB von Relevanz. Zudem ermöglichen es kleinere Gruppen, besser auf die Kommunikationsbedürfnisse der einzelnen Personen einzugehen und non-verbale Beiträge zu erkennen. So kann leichter sichergestellt werden, dass alle Teilnehmer:innen angemessene Möglichkeiten haben, sich an der Gruppendiskussion zu beteiligen.

Entwicklung des Fokusgruppen-Leitfadens

Teilstrukturierte Fokusgruppen-Leitfäden gewährleisten ein flexibles Reagieren auf die Gegebenheiten der jeweiligen Fokusgruppe wie auch eine Vergleichbarkeit der Fokusgruppen zueinander (Döring & Bortz, 2016; Helfferich, 2011). Der in dieser Studie verwendete teilstrukturierte Fokusgruppen-Leitfaden wurde gemäß des Prinzips Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsummieren nach Helfferich (2011) entwickelt. Dafür wurden zunächst sämtliche für die Fragestellung relevanten Fragen gesammelt, anschließend auf Offenheit geprüft und hinsichtlich impliziter Erwartungen an die Gruppenteilnehmer:innen sowie ihre Gegenstandsangemessenheit reflektiert. Daran anschließend wurden die Fragen inhaltlich geclustert und einzelnen Themenkomplexen zugewiesen. Die auf dieser Basis entworfene erste Konzeption des Fokusgruppen-Leitfadens wurde anschließend partizipativ mit Menschen mit IB auf Verständlichkeit und Praktikabilität geprüft. Dieser Prozess wird nachfolgend ausführlicher beschrieben.

Elemente partizipativer Forschung

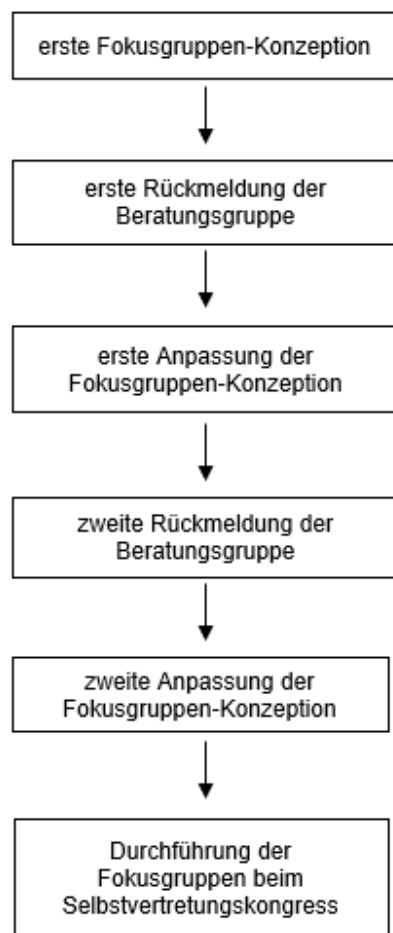
Um dem zu Beginn skizzierten Bedarf partizipativer Forschung im Forschungsfeld psychischer Gesundheit gerecht zu werden und Menschen mit IB als Expert:innen in eigener Sache zu bestärken, wurde eine diese Studie begleitende Beratungsgruppe bestehend aus zwei Selbstvertreter:innen der Lebenshilfe Österreich eingerichtet. Selbstvertreter:innen sind Personen mit Behinderungen, die sich in Gruppen zusammenschließen, um sich gemeinsam für ihre Interessen und Gerechtigkeit einzusetzen und für sich selbstbestimmte Entscheidungen treffen (People First, 2004). Der Begriff ‚Selbstvertreter:in‘ bezieht sich in der Regel auf Personen mit IB.

Aufgabe der Beratungsgruppe war es, Rückmeldung auf eine erste auf Basis der Literatur erarbeitete Konzeption des Fokusgruppen-Leitfadens zu geben und Materialien (z.B. Studieninformation und Einverständniserklärung in Leichter Sprache) auf Verständlichkeit zu prüfen. Alle Rückmeldungen wurden mit Hilfe des von Köchling und

Burtscher (2021) vorgeschlagenen Schemas systematisch erfasst und protokolliert (siehe Anhang C). Die Mitglieder der Beratungsgruppe bekamen das Protokoll im Anschluss an das Beratungsgruppen-Treffen ausgehändigt und wurden gebeten, etwaige weitere Rückmeldungen binnen einer Woche per Mail mitzuteilen. Nach Ablauf dieser Frist wurden die Studienunterlagen entsprechend der Rückmeldungen der Beratungsgruppe angepasst. Insgesamt fanden vor Durchführung der Fokusgruppen zwei Beratungsgruppen-Treffen statt, das erste Ende Juli 2022 und das zweite Anfang September 2022. Eine schematische Darstellung des Prozesses ist Abbildung 1 zu entnehmen. Die Teilnahme an der Beratungsgruppe fand auf Freiwilligenbasis statt und wurde nicht vergütet.

Abbildung 1

Schematische Prozessdarstellung der Beratungsgruppe



Stichprobenbeschreibung und Rekrutierung

Die Studienteilnehmer:innen setzten sich aus erwachsenen Personen mit IB zusammen, die am Selbstvertretungskongress der Lebenshilfe Österreich im Oktober 2022 in Innsbruck teilgenommen und sich für den inhaltlichen Schwerpunkt psychische Gesundheit entschieden haben. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen erfolgte dabei durch die Lebenshilfe Österreich. Während des Selbstvertretungskongresses konnten sich

die Kongressteilnehmer:innen für eine der parallel angebotenen Arbeitsgruppen entscheiden und wurden bereits bei der Kongressanmeldung darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Arbeitsgruppe psychische Gesundheit Daten für eine Studie der Universität Wien erhoben werden (siehe Anhang D).

Die Einschlusskriterien für die Studienteilnahme waren neben dem Vorliegen einer IB die Volljährigkeit sowie die Fähigkeit zur lautsprachlichen Kommunikation, wobei letzteres Kriterium auch durch die Nutzung Assistierender Technologien wie beispielsweise Talkern erfüllt werden konnte. Sofern von den Studienteilnehmer:innen gewünscht, konnten Assistenzpersonen während der Studiendurchführung dabei sein. Diese zählten jedoch nicht zu den Studienteilnehmer:innen und wurden gebeten, sich im Hintergrund zu halten und ihre Aktivität auf Unterstützungstätigkeiten für ihre Klient:innen (z.B. vorlesen) zu beschränken.

Insgesamt nahmen 10 Personen mit IB im Alter von 30 bis 60 Jahren ($MW = 43.60$; $SD = 11.25$) an der Studie teil. Von diesen identifizierten sich fünf Personen als weiblich, vier Personen als männlich und eine Person als divers. Die Teilnehmer:innen der ersten Fokusgruppe waren im Durchschnitt 43.17 Jahre alt ($SD = 9.15$), die der zweiten 44.25 Jahre ($SD = 15.46$). Keine der Studienteilnehmer:innen nutzte Assistierende Technologien zur lautsprachlichen Kommunikation, eine Person hatte jedoch starke Schwierigkeiten bei der Sprachmodulation. Eine ausführliche Stichprobenbeschreibung ist Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2

Charakteristika der Studienteilnehmer:innen

	Gesamtstichprobe ($N = 10$)		Fokusgruppe 1 ($n = 6$)		Fokusgruppe 2 ($n = 4$)	
	n	%	n	%	n	%
geschlechtliche Identität						
weiblich	5	50	3	50	2	50
männlich	4	40	2	33.3	2	50
divers	1	10	1	16.7		
Alter in Jahren						
28 - 37	4	40	2	33.3	2	50
38 - 47	2	20	2	33.3		
48 - 57	2	20	1	16.7	1	25
58 - 67	2	20	1	16.7	1	25
Bundesland						
Tirol	4	40	4	66.7		
Kärnten	2	20			2	50
Steiermark	2	20	2	33.3		
Salzburg	1	10			1	25
Wien	1	10			1	25

Hinsichtlich des Schweregrads der IB der Stichprobe kann keine verlässliche Aussage getroffen werden, da kein Zugang zu den klinischen Akten der Studienteilnehmer:innen bestand. Da das Format der Fokusgruppe gewisse sprachliche Fähigkeiten sowie die Fähigkeit, die eigenen Ideen und Gedanken auszudrücken voraussetzt, was Menschen mit schweren und tiefgreifenden IB systematisch ausschließt (Owen et al., 2016; Tuffrey-Wijne et al., 2007), kann bei den Teilnehmer:innen dieser Studie jedoch das Vorliegen leichter bis mittelgradiger IB gemäß ICD-11 (WHO, 2019a) angenommen werden.

Beziehung zwischen Studienteilnehmer:innen und Verfasserin dieser Arbeit

Die Verfasserin dieser Masterthese hat langjährige praktische Erfahrung in der Kommunikation mit Menschen mit IB und hat 2021 einen Zertifizierungslehrgang zu Leichter Sprache abgeschlossen. Derzeit ist sie Mitarbeiterin in der Bundesgeschäftsstelle der Lebenshilfe Österreich und für den Bereich Inklusionspolitik mit Schwerpunkt auf gesundheitsbezogene Fragestellungen zuständig. Darüber hinaus ist sie wissenschaftliche Projektmitarbeiterin am Forschungsinstitut für Entwicklungsmedizin der Johannes Kepler Universität in Linz und Teil der Projektgruppe Psychische Gesundheit und intellektuelle Beeinträchtigung an der Psychologischen Fakultät der Universität Wien.

Die Verfasserin dieser Masterthese steht im Rahmen ihrer Tätigkeit als Mitarbeiterin der Lebenshilfe Österreich im Kontakt mit dem Selbstvertretungsbeirat der Lebenshilfe Österreich. Diesem gehören zwei der zehn Teilnehmer:innen dieser Studie an, eine weitere Teilnehmerin ist ein ehemaliges Mitglied des Selbstvertretungsbeirats. Da sich die Kongressteilnehmer:innen interessengeleitet für eine der parallel angebotenen Arbeitsgruppen entscheiden konnten, ist die Freiwilligkeit der Teilnahme gewährleistet. Die Verfasserin dieser Masterthese hatte keine Einflussmöglichkeiten auf die Zusammensetzung der Studienteilnehmer:innen.

Ablauf der Datenerhebung

Die beiden Fokusgruppen wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe psychische Gesundheit beim Selbstvertretungskongress der Lebenshilfe Österreich im Oktober 2022 in Innsbruck durchgeführt und von zwei Personen mit psychosozialer Ausbildung und Erfahrung in der Kommunikation mit Menschen mit IB moderiert. Eine Fokusgruppe fand am Vormittag, die andere am Nachmittag des zweiten Kongresstages statt. Zu Beginn wurden die Studienteilnehmer:innen ausführlich über Ziel und Ablauf der vorliegenden Studie sowie Datenschutz und ihre mit der Studienteilnahme verbundenen Rechte in Leichter Sprache informiert. Die Teilnehmer:innen erhielten neben der mündlichen Aufklärung zudem eine schriftliche Studieninformation in Leichter Sprache (siehe Anhang E). Anwesende Unterstützungspersonen wurden gebeten, sich im Hintergrund zu halten. Erst nach

Unterzeichnen der Einverständniserklärung in Leichter Sprache wurde die Audioaufnahme der Fokusgruppen gestartet. Erwachsenenvertreter:innen wurden schriftlich über die Studienteilnahme ihrer Klient:innen informiert (Anhang F).

Die Fokusgruppen begannen je mit einer Befindlichkeitsrunde. Diese hatte die Funktion, die Teilnehmer:innen zur aktiven Beteiligung anzuregen und mögliche Sprach- oder Beteiligungsbarrieren rechtzeitig zu erkennen. Die anschließende moderierte Gruppendiskussion orientierte sich an einem teilstrukturierten Leitfaden (Anhang G) und adressierte folgende Themenkomplexe in Form von offenen Fragen: (1) Welche Vorstellungen haben Menschen mit IB von Gesundheit und Krankheit? (2) Was verstehen Menschen mit IB unter psychischer Gesundheit? (3) Welche Gedanken und Fragen haben Menschen mit IB zu psychischer Gesundheit? (4) Welchen Zugang haben Menschen mit IB zu Gesundheitsinformationen bezüglich psychischer Gesundheit? Obwohl offene Fragen für Menschen mit IB oft schwieriger zu beantworten sind als geschlossene, hat sich ihre Verwendung in der Arbeit mit Menschen mit IB als sinnvoll erwiesen, da diese weniger anfällig für den in dieser Personengruppe weit verbreiteten Zustimmungs-Bias sind (Owen et al., 2016; Tuffrey-Wijne et al., 2007).

Beide Fokusgruppen fanden unter Verwendung bildlicher Elemente z.B. Bildkarten für die Befindlichkeitsrunden, einem permanent sichtbaren Ablaufplan mit einem beweglichen Pfeil, der den gegenwärtigen Themenkomplex markierte, sowie Flipcharts zur Mitschrift der diskutierten Inhalte statt. Diese dienten lediglich zur Unterstützung bei der Durchführung der Fokusgruppen und wurden nicht in die inhaltliche Auswertung mit einbezogen. Zum Ende wurde den Teilnehmer:innen vorhandenes Material in Leichter Sprache (Sappok et al., 2021; Verein Ninlil & Verein Leicht Lesen, o.D.) vorgestellt. Die Fokusgruppen schlossen mit einer erneuten Befindlichkeitsrunde und einem Dank für die Studienteilnahme. Die abschließende Befindlichkeitsrunde hatte zum Zweck, mögliche mit der Studienteilnahme einhergehende Belastungen zu erkennen. Im Bedarfsfall hätte die Co-Moderatorin, zum Zeitpunkt der Studiendurchführung Klinische Psychologin in Ausbildung und Supervision, die Krisenintervention übernehmen können. Darüber hinaus hätte zu bekannten psychosozialen Unterstützungsangeboten für Menschen mit IB vermittelt werden können. Dies war in keiner der beiden Fokusgruppen notwendig. Exklusive Pausen dauerten die Fokusgruppen am Vormittag 2h 35min und am Nachmittag 1h 57min (MW = 2h 16min).

Die soziodemografischen Angaben wurden mithilfe eines selbstentwickelten Kurzfragebogens in Leichter Sprache (siehe Anhang H) erfasst, der in drei Items die geschlechtliche Identität, das Alter und das Bundesland der Studienteilnehmer:innen erhebt. Die Frage nach der geschlechtlichen Identität wurde mit einem geschlossenen Item mit den vier Antwortmöglichkeiten *eine Frau*, *ein Mann*, *divers* und *ich möchte keine Antwort geben*; Alter und Bundesland in Form von offenen Items erfasst. Der Fragebogen nutzt

freizugängliches, für Leichte Sprache adaptiertes Bildmaterial zur Unterstützung und wurde gemeinsam mit der diese Studie begleitenden Beratungsgruppe auf sprachliche Verständlichkeit hin geprüft.

Auswertungsmethode

Zur Datenauswertung wurde die Methode der reflexiven thematischen Analyse (TA) nach Braun und Clarke (2006, 2022) herangezogen. Dabei handelt es sich um eine flexible Analysemethode zur systematischen Organisation und Identifikation von Themen und Bedeutungsmustern in textbasiertem Material, die die robuste Analyse auch kleinerer Datensätze erlaubt (Braun & Clarke, 2006; 2013) und aufgrund dessen für die Auswertung der beiden Fokusgruppen zur Sichtweise von Menschen mit IB auf psychische Gesundheit geeignet ist. Für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung wurde dabei eine induktive-experimentelle Ausrichtung der TA gewählt. Diese Ausprägung fokussiert auf die Sichtweise der Teilnehmer:innen; darauf, wie sie die Welt erleben und ihr einen Sinn geben, wobei die Analyse durch das Datenmaterial selbst und nicht durch vorab aus der Theorie abgeleitete Vorannahmen geleitet ist (Braun & Clarke, 2013).

Der Analyseprozess der TA ist iterativ und lässt sich in sechs Phasen gliedern, in denen wiederkehrende oder für die Forschungsfrage besonders relevant erscheinende Muster aus dem Datenmaterial herausgearbeitet werden. Ein wesentliches Charakteristikum der Analyse ist dabei das rekursive Hin- und Herbewegen zwischen Datenmaterial, Kodierungen und den sich in der Entwicklung befindenden Themen. Die sechs Phasen der Analyse sind: (1) Vertraut machen mit den Daten (inkl. Transkription und wiederholtem Lesen der Transkripte), (2) Entwicklung der Codes, (3) Entwicklung der Themen, (4) Überarbeitung der Themen, (5) Festlegen und Benennen der Themen und (6) Verschriftlichen des Prozesses und der Ergebnisse. Das konkrete Vorgehen bezogen auf die vorliegenden Daten wird nachfolgend ausführlicher beschrieben. Die Segmentierung in thematisch-inhaltliche Einheiten wird dabei wie folgt definiert: die schriftlichen Transkripte der Fokusgruppen bilden das Datenset für die Analyse, während der gesamte Text der beiden Fokusgruppen die Datenitems darstellt. Als Datenextrakt werden alle einzelnen kodierten Bedeutungseinheiten innerhalb der Datenitems definiert.

Die gesamte Datenauswertung erfolgte durch die Verfasserin der vorliegenden Masterthese. Dieses Vorgehen entspricht der gängigen TA-Praxis (Braun & Clarke, 2022). Um die Qualität der Analyse zu gewährleisten, fand ein ausführlicher Reflexionsprozess der eigenen Person und Perspektiven statt, auf den am Ende dieses Kapitels näher eingegangen wird.

Transkription

Nach der Durchführung wurden die beiden Fokusgruppen auf Basis der Audioaufnahmen verbatim transkribiert. Aufgrund der verschiedenen Dialektausprägungen, teilweise verwaschener Sprache und häufiger Sprecher:innenwechsel erfolgte die Transkription der Fokusgruppen händisch. Hierbei wurde auf ein vereinfachtes, an die von (Kuckartz et al., 2007) vorgeschlagene Notation angelehntes Transkriptionssystem zurückgegriffen (siehe Anhang I). Passagen, in denen mehrere Studienteilnehmer:innen zeitgleich sprachen, stellten bei der Transkription eine besondere Herausforderung dar, da aufgrund der überlagernden Tonspuren nicht immer alle Inhalte herauszuhören waren. Entsprechende Passagen sind im Transkript gesondert vermerkt. Aus ethischen und datenschutzrechtlichen Gründen sind die vollständigen Transkripte dieser Arbeit nicht beigelegt, können aber bei begründeter Anfrage von der Verfasserin bezogen werden.

Bereits in dieser Phase des Einarbeitens in das Datenmaterial wurden erste inhaltliche Notizen angefertigt und Ideen für potenzielle Kodierungen und Themen niedergeschrieben.

Kodierung

Nach mehrfachem Lesen der Fokusgruppen-Transkripte erfolgte geleitet durch das Prinzip des induktiven Kodierens der erste inhaltliche Auswertungsschritt. Induktives Kodieren meint ein textnahes Kodieren, bei dem sich die Codes bottom-up aus dem Datenmaterial selbst heraus ableiten und nicht von theoretischen Überlegungen geleitet sind (Braun & Clarke, 2022). Dieses Vorgehen erlaubt Codes, die dem sprachlichen Duktus und dem explorativen Charakter des Materials entsprechen. Auf dieser Basis wurden nacheinander für beide Fokusgruppen-Transkripte Codes erstellt. Lediglich die Aussagen der Studienteilnehmer:innen wurden in der Analyse berücksichtigt. Die Aussagen von Unterstützer:innen oder der beiden Moderator:innen wurden nicht kodiert. Eine Ausnahme bildet in der ersten Fokusgruppe die Passage, in der ein:e Teilnehmer:in eine der beiden Moderator:innen bittet, der Gruppe ein Gespräch der beiden aus der Pause wiederzugeben.

Aufgrund neuer Inhalte in der zweiten Fokusgruppe hatte der Kodierungsprozess mehrere Durchgänge. Das Ende des Kodierungsprozesses war zu dem Zeitpunkt erreicht, als beide Fokusgruppen auf alle entstandenen Codes hin analysiert wurden. Um im Laufe der Analyse den Überblick über die entstehenden Codes nicht zu verlieren, wurde in diesem und den weiteren Analysephasen das Programm MAXQDA (VERBI Software, 2022), eine Software zur computergestützten qualitativen Datenanalyse, verwendet.

Bereits während des Kodierungsprozesses wurden inhaltlich relevant erscheinende, wiederkehrende Thematiken in Form von handschriftlichen Memos niedergeschrieben.

Entwicklung, Überarbeitung und Benennung der Themen

In einem nächsten Schritt wurden Codes inhaltlich gruppiert, auf Redundanzen geprüft und zu übergeordneten Kategorien verdichtet. Dieser Teil der Analyse erfolgte größtenteils händisch unter Verwendung der ausgedruckten Codes, die in mehreren Schritten manuell arrangiert, gruppiert und zusammengefasst wurden. Um einem Informationsverlust vorzubeugen und die Transparenz dieses Vorgehens zu gewährleisten, wurden Zwischenschritte fotografisch festgehalten und anschließend als Bilddatei im Programm MAXQDA (VERBI Software, 2022) hinterlegt. Im Laufe dieses Prozesses gab es vor der finalen Version mehrere Entwürfe potenzieller Kandidatenthemen, die im nachfolgenden Schritt der Überprüfung wieder verworfen wurden.

Der Überarbeitungsprozess erfolgte geleitet durch die Prinzipien der internen Homogenität und der externen Heterogenität (Patton, 1990). Diese besagen, dass kodierte Datenextrakte innerhalb eines Themas inhaltlich zusammenhängen und sich deutlich von denen der anderen Themen unterscheiden sollen. Dafür wurden inhaltlich relevante Textpassagen zueinander in Bezug gesetzt, verglichen und kontrastiert. Dieser Prozess fand sowohl auf Ebene der kodierten Datenextrakte als auch bezogen auf das gesamte Datenset statt. Ziel dieses Vorgehens war es, die generierten Kandidatenthemen hinsichtlich ihrer Kohärenz und Distinktheit zu überprüfen. Abschließend wurden die im Rahmen der Analyse generierten Themen benannt, inhaltlich definiert und mit charakteristischen Zitaten als Beleg der gewonnenen Erkenntnisse unterlegt. Das Resultat dieses Prozesses ist dem Anhang J zu entnehmen.

Reflexivität der Analyse

Aufgrund der Situiertheit und Erfahrung der analysierenden Person kann eine Analyse nicht frei von impliziten und expliziten Annahmen sein, weshalb während des gesamten Analyseprozesses eine permanente Selbstreflexion notwendig ist (Braun & Clarke, 2022). Im vorliegenden Fall geschah dies in Form einer ausführlichen Verortung der Verfasserin dieser Arbeit, Memos über Gedanken und Emotionen zum Material sowie die Niederschrift und Diskussion möglicher persönlicher Voreingenommenheiten mit Peers. Diese reflexiven Elemente dienten während des Analyseprozesses als kontextualisierende Zusatzinformationen und wurden nicht systematisch kodiert und ausgewertet.

Ergebnisse

Im Rahmen der Analyse wurden sechs Themen zur Beschreibung psychischer Gesundheit aus der Perspektive von Personen mit IB entwickelt. Diese werden nachfolgend unter Bezugnahme auf einzelne Passagen aus den Fokusgruppen skizziert und vor dem Hintergrund der Fragestellung näher erläutert. Die sechs Themen sind:

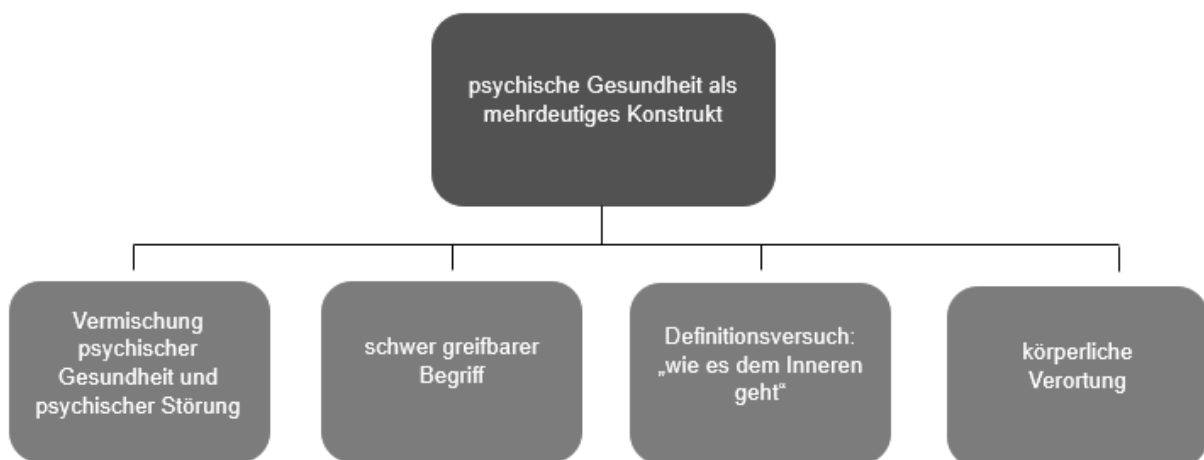
1. psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konstrukt
2. komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit
3. Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit
4. Bedeutung des Zugangs zu sich selbst
5. Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie
6. Bedarf an gesellschaftlicher Veränderung und offenem Diskurs

Psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konzept

Das Thema *psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konzept* beinhaltet die konzeptuelle Vorstellung der Studienteilnehmer:innen von psychischer Gesundheit und unterteilt sich in vier Unterthemen. Diese sind die Vermischung psychischer Gesundheit und psychischer Störung, psychische Gesundheit als schwer greifbares Konstrukt, der Definitionsversuch: wie es dem Inneren geht und die körperliche Verortung der Psyche. Schematisch ist dies in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2

Übersicht über das Thema psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konzept mit seinen vier Unterthemen



Vermischung psychischer Gesundheit und psychischer Störung

Das Unterthema *Vermischung psychischer Gesundheit und psychischer Störung* beinhaltet die konzeptionelle Vermischung und mangelnde Differenzierung zwischen den beiden Konstrukten psychische Gesundheit und psychische Störung.

Vielen Teilnehmer:innen schien die inhaltliche Unterscheidung der beiden Konstrukte voneinander unklar zu sein, was sich insbesondere auf semantischer Ebene durch die gleichzeitige Verwendung der Begriffe psychische Gesundheit und psychische Störung äußerte. Mehrere Teilnehmer:innen brachten dies durch Formulierungen wie „psychische

Gesundheit oder Erkrankung, wie auch immer man das jetzt nennt“ (SV1) oder „psychisch[e] Gesundheit (...) oder besser gesagt [...] psychisch[e] Erkrankung“ (SV10) zum Ausdruck. Formulierungen dieser Art legen nahe, dass die Teilnehmer:innen nicht zwischen den beiden Konstrukten unterschieden, sondern psychische Gesundheit und psychische Störung einander gleichsetzten. Noch deutlicher wird dies durch den Gebrauch des Begriffs psychische Gesundheit in Kontexten, die eindeutig auf psychische Störung verweisen:

Und ich glaub´ eher, dass die psychische Gesundheit die ganze Gesellschaft treffen kann. Und das trifft auch die ganze Gesellschaft, nicht nur bei Kindern, nicht nur bei Jugendlichen, das kann auch bei älteren Leuten sein..., dass sie auch Angst haben und sich niemandem anvertrauen können, weil sie Angst haben. (SV3)

Die Verwendung des Begriffs psychische Gesundheit anstelle von psychischer Störung ist nicht singulär und trat in beiden Fokusgruppen wiederholt in verschiedenen Kontexten auf. So äußerte sich ein:e Teilnehmer:in: „[I]ch [habe] auch ziemlich viel schon mit psychischen, mit psychischer Gesundheit zu tun gehabt [...]. Ich war öfter schon in der Psychiatrie und so auch.“ (SV9). Sowohl der gleichzeitige als auch der synonyme Gebrauch psychischer Gesundheit und psychischer Störung sind Hinweise darauf, dass bei den Studienteilnehmer:innen kein unabhängiges Konzeptverständnis psychischer Gesundheit und psychischer Störung vorliegt.

Psychische Gesundheit als schwer greifbarer Begriff

Das Unterthema *psychische Gesundheit als schwer greifbarer Begriff* beinhaltet die Schwierigkeit, psychische Gesundheit aufgrund seiner abstrakten Natur zu definieren und die damit einhergehende Unsicherheit in der Verwendung. Schwer greifbar ist in diesem Kontext sowohl auf abstrakter Ebene als auch wörtlich zu verstehen.

Gemäß den Aussagen der Teilnehmer:innen handelt es sich bei psychischer Gesundheit um ein Konstrukt, das sich nicht leicht beschreiben lasse. Gefragt nach der Bedeutung psychischer Gesundheit antwortete ein:e Studienteilnehmer:in folgendermaßen: „(lacht) Das bedeutet.... zum Beispiel... wie soll ich das jetzt erklären? Ich weiß, was das bedeutet, aber wie soll ich das jetzt erklären?“ (SV7). Psychische Gesundheit sei schwer in Worte zu fassen, „das Beschreiben [sei] sehr schwer“ (SV7):

Es ist schwierig zu erklären, wirklich, was Psyche ist. Man verwendet diesen Begriff zwar im Alltag fast immer. Und man hört es fast überall, aber wenn mich jemand fragt, was verstehst du darunter oder wie siehst du das, was das sein kann, sage ich, ganz ehrlich, ich habe keine Ahnung. Und ich kann es nicht beschreiben. (SV1)

Die Person vermutet weiter, die Schwierigkeit, psychische Gesundheit in Worte zu fassen, habe damit zu tun, dass psychische Gesundheit immateriell sei:

Aber psychische Erkrankung, Gesundheit das sieht man halt nicht und das macht es schwierig zu beschreiben, was ist das. Und alles, was man sieht und angreifen kann,

kann man gerne einmal erklären, aber alles, was man nicht sieht und nicht angreifen kann, damit kennen sich die Menschen nicht aus. [...] Weil es ist deswegen eigentlich so schwer [...] zum Erklären, weil man es eben nicht sieht. Man sieht es nicht. Und alles, was man nicht sieht, ist irgendwie nicht da, leider Gottes. (SV1)

Die Psyche könne man weder sehen noch anfassen. „Psychisch ist nichts zum Angreifen“ (SV9) formuliert es eine andere Person. Das lasse die Psyche „[s]ehr weit weg“ (S3) erscheinen und mache es kompliziert, psychische Gesundheit zu erklären. Zudem beinhalte der Begriff „sehr viele Sachen, die man selber [sic] nicht begreift.“ (SV3).

Definitionsversuch: wie es dem Inneren geht

Das Unterthema *Definitionsversuch: wie es dem Inneren geht* versucht, psychische Gesundheit inhaltlich zu definieren. Laut den Aussagen der Studienteilnehmer:innen hänge psychische Gesundheit mit den Emotionen einer Person zusammen. „Für mich hat psychisch irgendetwas mit Emotionen und so zu tun“ (SV9). Psychische Gesundheit sei „[d]as Gefühl“ (SV8). Ein:e Teilnehmer:in erklärte:

Also das ist das, was man empfindet, das, was der Mensch nicht sieht, aber da sind vermutlich Emotionen und sonstige Sachen abgespeichert, aus meiner Sicht. Und das ist für mich die Psyche. (SV8)

Manche Teilnehmer:innen waren der Ansicht, Psyche sei „halt innerlich“ (SV9) und psychische Gesundheit heiße „wie es mir geht. Wie es mir innerlich geht.“ (SV2). Eine andere Person differenzierte dies weiter aus und war der Meinung „[f]ür mich ist Gesundheit hauptsächlich, dass es der Seele gut geht. Dass es meinem Inneren gut geht“ (SV4). Demnach habe psychische Gesundheit insbesondere mit der positiven Emotionalität einer Person zu tun. Ein:e Studienteilnehmer:in sieht das anders und erläuterte:

Also psychische Gesundheit bedeutet für mich persönlich, dass man mit dem Empfinden, mit dem seelischen Empfinden, die Waage hält. Es wird einem nicht schlecht, aber auch nicht.... Es geht einem zum Großteil gut. Also 80% ist dann alles in Ordnung. Es hält sich die Waage. Die Gefühle sind in der Waage, es geht einem gut, es belastet einen nichts. Das ist für mich seelische Gesundheit, wenn man einfach auf sich aufpasst und auch auf den Körper hört, was jemandem gut tut. (SV8)

Im Vordergrund stehe demnach ein ausgewogener emotionaler Zustand. Wichtig sei, dass es einer Person größtenteils „gut geht“ (SV6). Dies müsse jedoch nicht jederzeit der Fall sein, da auch negative Affekte zu psychischer Gesundheit gehörten. Entscheidend sei, dass Zustände des Wohlbefindens häufiger seien als Momente der Belastung.

Die Begriffe *Psyche* und *Seele* seien den Teilnehmer:innen zufolge Synonyme und inhaltlich einander gleichzusetzen: „[p]sychisch ist für mich die... also die seelischen Geschichten. Psychisch ist für mich seelisch“ (SV8). Dies schlägt sich auch durch

Formulierungen wie „seelische Gesundheit“ (SV1) oder „wenn es mir auch seelisch gut geht“ (SV2) nieder.

Körperliche Verortung der Psyche

Das Unterthema *körperliche Verortung der Psyche* beinhaltet Versuche der Teilnehmer:innen, die Psyche körperlich zu lokalisieren. Dabei sind zwei Körperregionen besonders dominant: der Kopf und der Oberkörper.

Der Großteil der Teilnehmer:innen war sich einig, dass die Psyche in der Region des Kopfes zu verorten sei. „Es hat mit meinem Kopf zu tun.“ (SV2). Dies äußerte sich sowohl durch Verbaläußerungen als auch durch Zeigen auf die entsprechende Körperpartie: „der Bereich, der psychische Bereich (zeigt auf den Kopf)“ (SV3). Einigen Teilnehmer:innen war darüber hinaus ein vager Zusammenhang mit dem Gehirn bekannt. Die Psyche gehe „von da aus (zeigt auf den Kopf) - von diesen Hirnregionen aus“ (SV3). Insbesondere Aspekte psychischer Störungen wie „Gedankenkreisen“ (SV8), Sorgen oder „Stress“ (SV6) wurden dabei mit dem Gehirn assoziiert. Eine Person formulierte dies sehr eindrücklich:

[I]ch habe nur Angst, dass mein Gehirn (...) aufplatzt, das meine ich und dass ich Fransen habe. Kennst du? [...] Fransen aus dem Gehirn raus (...) durch die Demenz zum Beispiel (...) und Stress oder anderswo und ich meine, dass (...) wenn traurig ist oder Kummer oder Sorgen, Stress oder angespannt ist oder sehr viel unterwegs ist und viel Arbeit (...) [sic]. (SV6)

Psychische Belastung wird hier sehr bildhaft mit einer Überlastung des Gehirns gleichgesetzt, die dieses zum Platzen bringe. Eine andere Person versucht in diesem Zusammenhang den Wirkmechanismus des Gehirns zu erklären:

21 verschiedene Teile im Kopf, was habe ich gesagt. (...) Im ganzen Gehirn, meine ich natürlich. Und es kann schon natürlich (...) ein Teil auf das andere auswirken, wie gesagt. Es ist (...) es kann einmal (...) irgendwo bei den Ohren, sage ich jetzt einmal, anfangen (...) und das Ganze kann dann so runter gehen und bis da rum und durch den ganzen Kopf dann durch [sic]. (SV10)

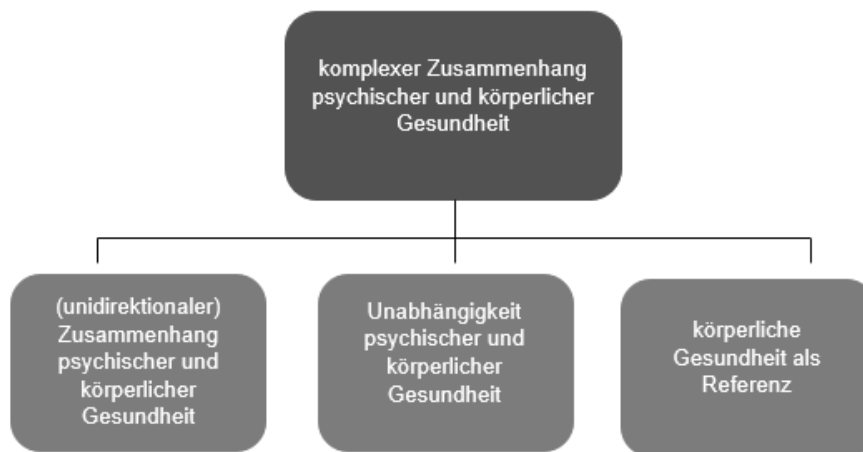
Die andere Region, in der die Psyche gemäß den Aussagen der Teilnehmer:innen verortet werden könne, ist der Oberkörper. „[Die] Seele ist eher da (zeigt auf den Oberkörper) für mich“ (SV9). Weiters werde die Psyche auch mit dem „Bauchgefühl“ (SV9) gleichgesetzt und eine weitere Teilnehmer:in spricht auch vom Herzen als Sitz der Psyche. Es gäbe „so ein Herz innen drinnen bei uns“ (SV7). Man könne „normalerweise [spüren], wenn das Herz traurig“ sei. Davon könne man ableiten, ob es einem selbst psychisch gut gehe oder nicht.

Komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit

Das Thema *komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit* beinhaltet verschiedene Vorstellungen über die Beziehung psychischer und körperlicher Gesundheit und unterteilt sich in drei Unterthemen. Diese sind der (unidirektionale) Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit, die Unabhängigkeit psychischer und körperlicher Gesundheit und körperliche Gesundheit als Referenz. Schematisch ist dies in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3

Übersicht über das Thema *komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit* mit seinen drei Unterthemen



(unidirektionaler) Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit

Das Unterthema *(unidirektionaler) Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit* beinhaltet verschiedene Vorstellungen der Teilnehmer:innen über das Zusammenwirken von psychischer und körperlicher Gesundheit.

Laut Angaben der Teilnehmer:innen bewege sich dieses zwischen den drei Grundpositionen „[d]as gehört zusammen“ (SV8), „[m]an kann es trennen“ (SV10) und „[m]an kann es trennen, aber es gehört auch ein bisschen zusammen“ (SV9). Viele Teilnehmer:innen teilten die Ansicht, dass „Seele und Körper“ (SV4) zusammengehörten und diese, um gesund zu sein, „im Einklang“ (SV9) miteinander sein müssten. Gesundheit sei, wenn es einer Person „seelisch [...] aber auch körperlich“ (SV2) gut gehe.

Viele Teilnehmer:innen trafen keine Aussagen über eine mögliche Richtung dieses Zusammenhangs. Andere umschrieben hingegen einen unidirektionalen Wirkmechanismus, bei dem die Psyche den Körper beeinflusse: „[a]lso die Psyche kann sich schon auf den Körper auswirken“ (SV8). Eine Person beschrieb „wenn mir etwas auf der Seele liegt [...] [wirkt] sich das dann wirklich auch körperlich auch aus“ (SV1). Ein wiederkehrendes Beispiel

hierfür war der Schlaf. Ein:e Teilnehmer:in mit Schwierigkeiten bei der Sprachmodulation umschrieb diesen Zusammenhang folgendermaßen: „Gefühle und Gesundheit und dass Psyche ist (...) Zusammenhang durch den Körper und Kopf und den Geist. Zum Beispiel schlafen Nacht [sic]“ (SV6), eine andere Person erläuterte dies etwas klarer „wenn ich nicht gut beieinander bin im Psychischen, neige ich eher zum Schlafen als zum Wachbleiben“ (SV3). Weiter erläuterte eine Teilnehmer:in die körperlichen Folgen nicht ausgelebter Emotionen:

Es ist ja auch so, wenn man Emotionen dauernd herunterschluckt jahrelang, dann manifestiert sich das irgendwann im Körper eben durch Brustkrebs oder durch andere Sachen. (...) Das hängt mit den Emotionen zusammen, wenn man dauernd etwas herunterschluckt und das nicht verarbeitet oder irgendwie ventilisiert [sic], dass das dann einen Ausgang findet. Dann schlägt sich das da nieder. (SV8)

Aus beiden Beispielen geht eine klare psychosomatische Komponente hervor, wobei jeweils nur eine Wirkrichtung, die der Psyche auf den Körper, beschrieben wird. Der umgekehrte Fall, der Einfluss körperlicher Zustände auf das psychische Wohlbefinden, wird hingegen durch keine Teilnehmer:in explizit adressiert. Gemäß den Aussagen der Teilnehmer:innen stünden psychische und körperliche Gesundheit demnach in einer Beziehung zueinander, bei der die Psyche auf den Körper Einfluss nehmen könne, umgekehrt dies jedoch nicht der Fall sei.

Unabhängigkeit psychischer und körperlicher Gesundheit

Das Unterthema *Unabhängigkeit psychischer und körperlicher Gesundheit* beinhaltet die zum vorangegangenen Unterthema konträre Position, psychische Gesundheit und körperliche Gesundheit seien zwei zueinander distinkte Zustände, die einander nicht beeinflussten. Dies entspricht der Grundposition, „[m]an kann es trennen“ (SV10).

Psychische und körperliche Gesundheit seien „verschiedene Sachen“ (SV10), die einander nicht gleichgesetzt werden könnten. Eine Person erklärt die Unabhängigkeit psychischer und körperlicher Gesundheit folgendermaßen: man könne auf körperlicher Ebene Belastungen erleben, die sich nicht zwangsläufig auch auf die Psyche auswirken müssten. „[Ich] habe vielleicht nur Schmerzen und mir geht es aber seelisch sehr gut und ich habe nur die Schmerzen“ (SV10). Die Person führt weiter aus: „Es ist, wie man so schön sagt, es wird nicht alles, es wird nicht beides in einem Suppentopf gekocht, weil es sind beides zwei verschiedene Suppentöpfe“ (SV10). Die zwei verschiedenen Suppentöpfe versinnbildlichen psychische und körperliche Gesundheit als zwei verschiedene Konzepte, die einander nicht gleichgesetzt werden könnten. Körperliche und psychische Gesundheit seien demnach zwei verschiedene Zustände, die unterschiedlich beurteilt werden müssten. Man könne trennen zwischen der „seelische[n] Gesundheit und [der] normale[n] Gesundheit“ (SV10).

Körperliche Gesundheit als Referenz

Das Unterthema *körperliche Gesundheit als Referenz* greift die Sichtweise der Teilnehmer:innen von körperlicher Gesundheit als Norm auf und erläutert vertiefend die Vorstellungen der Teilnehmer:innen hinsichtlich körperlicher Gesundheit.

Gemäß den Angaben der Teilnehmer:innen könne zwischen psychischer und „normale[r] Gesundheit“ (SV10) differenziert werden. Normale Gesundheit sei dabei gleichbedeutend mit körperlicher Gesundheit und demnach als Inbegriff von Gesundheit zu verstehen. Eine Teilnehmer:in unterschied zwischen psychischer Gesundheit und „Gesundheit als Ganzes“ (SV8). Sie erläuterte:

Gesundheit als Ganzes ist für mich, wenn einem nichts weh tut und wenn man auf die Ernährung auch schaut, wenn man einfach schaut, dass man regelmäßig diese Check-Ups von Kopf bis Fuß, also, wenn da alles passt, dann ist das auch das Gesamtbild einer Gesundheit, also auch körperlich gesehen. (SV8)

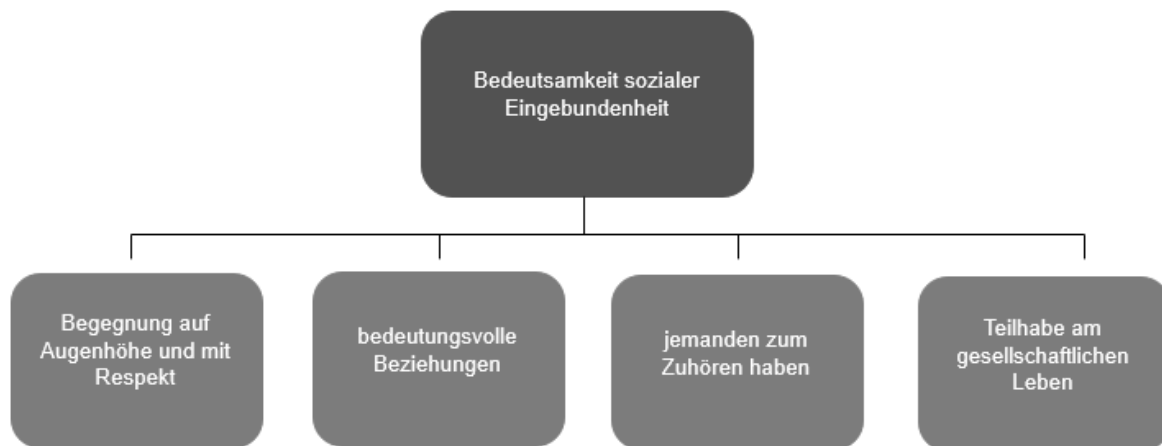
Gemäß dieser Ausführung sind mit Gesundheit als Ganzes vor allem körperliche Aspekte von Gesundheit gemeint. Andere Studienteilnehmer:innen teilten diese Ansicht und sprachen von Gesundheit in Kontexten, die sich vornehmlich auf körperliche Aspekte von Gesundheit bezogen. Schmerzfreiheit sei dabei ein bedeutender konstituierender Faktor von Gesundheit. Eine Person erklärte: „Gesundheit ist auch für mich, wenn ich gesund bin, wenn ich keine Schmerzen habe.“ (SV3). Ein weiteres wiederkehrendes Moment ist die Definition von Gesundheit über die Abwesenheit von Krankheit. Man sei gesund, wenn man „keine Krankheit“ (SV5) habe. Eine Person erläuterte „ich kann viele Krankheiten bekommen und dann bin ich nicht gesund“ (SV10). Gesundheit und Krankheit seien demnach gegensätzlich und Krankheit eng assoziiert mit Einschränkungen wie sich „schonen“ (SV1) oder „im Bett“ (SV7) liegen müssen.

Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit

Das Thema *Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit* beinhaltet verschiedene Aspekte des sozialen Miteinanders, die aus Sicht der Teilnehmer:innen wichtig für den Erhalt psychischer Gesundheit seien. Dieses Thema trat im gesamten Datenmaterial am häufigsten auf und lässt sich in vier Unterthemen gliedern. Diese sind die Begegnung auf Augenhöhe, bedeutungsvolle Beziehungen, jemanden zum Zuhören haben und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Schematisch ist dies in Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 4

Übersicht über das Thema *Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit* mit seinen vier Unterthemen



Begegnung auf Augenhöhe und mit Respekt

Das Unterthema *Begegnung auf Augenhöhe und mit Respekt* fokussiert sich auf die Begegnung mit anderen Menschen und adressiert zentrale Aspekte des menschlichen Miteinanders. Dabei wird keine tiefere Beziehung der interagierenden Personen vorausgesetzt.

Gegenseitige Rücksichtnahme und ein respektvoller Umgang miteinander war den meisten Teilnehmer:innen ein wichtiges Anliegen in der Begegnung mit anderen Personen. Eine Teilnehmer:in mit Schwierigkeiten bei der Sprachmodulation formuliert es folgendermaßen: „[e]s geht darum, dass (...) Respekt umgehen, respektieren und (...) miteinander umgehen“ (SV6). Dabei sei es irrelevant, ob es sich dabei um bekannte oder fremde Personen handle. Der Wunsch nach einer Begegnung auf „Augenhöhe“ (SV6), geprägt durch „Respekt“ (SV6) und gegenseitige Rücksichtnahme sei universell. Die Realität sehe hingegen anders aus und viele Teilnehmer:innen seien im Alltag mit Ungleichbehandlung und Diskriminierung aufgrund ihrer Behinderungen konfrontiert.

Weitere relevante Komponenten im Umgang mit anderen seien Offenheit für die Begegnung und wechselseitige Akzeptanz. Eine Person erzählte von sich selbst „[i]ch bin für andere Leute bereit [...], ich bin halt freundlich“ (SV5). Dies wünschten sich die Teilnehmer:innen auch von ihrem Gegenüber. Es sei bedeutsam, dass Menschen einander akzeptierten. Eine Teilnehmer:in sagte, sie wünsche sich, „dass mich alle akzeptieren und auch ich die Menschen so akzeptiere, wie sie sind“ (SV1). In der Begegnung mit anderen sei es „auch wichtig, dass jeder [...] andere auch annehmen kann“ (SV5).

Bedeutungsvolle Beziehungen

Das Unterthema *bedeutungsvolle Beziehungen* adressiert die Relevanz von Vertrauen und verschiedener Arten zwischenmenschlicher Beziehungen für den Erhalt psychische Gesundheit.

Tiefe und verlässliche Beziehungen zu anderen Menschen waren für die meisten Teilnehmer:innen der bedeutendste Aspekt sozialer Eingebundenheit. Es sei wichtig, über ein Netzwerk an sozialen Kontakten zu verfügen und Menschen um sich zu haben, die einem nahe stünden. Dabei unterschieden sich Menschen hinsichtlich ihres Nähebedürfnisses voneinander. „Ein Mensch ist gerne mit vielen Leuten zusammen, natürlich, der andere ist wieder gerne allein oder mit wenig Menschen zusammen“ (SV10). Es gäbe demnach Personen, die mehr, und andere, die weniger Menschen um sich bräuchten, damit es ihnen gut gehe.

Für viele Teilnehmer:innen waren die wichtigsten Sozialkontakte die Familie, der:die Partner:in und die Freund:innen. Psychisch gesund zu sein bedeute „dass ich Freunde habe“ (SV4). Eine Person erklärte, „wenn ich viele Freunde habe, dann bin ich glücklich“ (SV5). Man brauche „Freundschaften“ (SV6) und Menschen, mit denen man sich „gut verstehe“ (SV6), um psychisch gesund zu bleiben. Ein hoher Stellenwert komme dabei der Familie zu: „meine Familie ist wichtig, damit ich psychisch gesund bleibe“ (SV1). Personen, die sich in Partnerschaften befanden oder sich eine solche wünschten, betonten die Bedeutsamkeit von „Liebe“ (SV4), „Zweisamkeit“ (SV4) und „eigene[r] Familie“ (SV4) für das emotionale Wohlbefinden. Unzureichende soziale Kontakte und Isolation würden hingegen psychischer Gesundheit entgegenwirken, „Familie, Freunde, die tragen sehr zur Gesundheit bei, weil ohne die käme es wahrscheinlich zur Krankheit, dass man vereinsamt“ (SV9).

Unabhängig der Art zwischenmenschlicher Beziehung (freundschaftlich, familiär, partnerschaftlich) seien die emotionale Nähe und vertrauensvolle Basis derselben das entscheidende Moment. Es sei wichtig, dass man einander „vertrauen“ (SV6) und sich „fallen lassen“ (SV1) könne. Eine Person erläuterte, es sei wichtig,

dass ich Vertrauenspersonen habe, [...] wo ich weiß, da fühle ich mich wohl, oder das auch sage. Und wo ich weiß, da kann ich hin und wie auch immer, dann bin ich auch gesund. [...] Das Vertraute (...) ist schon wichtig und die vertraute Umgebung, wo ich weiß, ich kann mich fallen lassen und bin dort daheim und bin dort so wie ich bin, das spielt schon zur Gesundheit mit. (SV1)

Ein durch Vertrauen geprägtes soziales Umfeld erlaube es einem, so zu sein, wie man ist. Man müsse sich nicht verstellen und könne sich „echt einmal treiben lassen und fallen lassen“ (SV1). Dies sei wichtig, um der Schnelllebigkeit des Alltags begegnen und Entspannungszustände zulassen zu können.

Jemanden zum Zuhören haben

Das Unterthema *jemanden zum Zuhören haben* beschäftigt sich mit der Relevanz, sich mit anderen austauschen zu können. Im Vordergrund steht hier eine Atmosphäre des wertfreien Zuhörens, die nicht zwangsläufig an das Vorhandensein bedeutungsvoller Beziehungen gebunden ist und auch in (semi-)professionellen Kontexten auftreten kann.

Gemäß den Aussagen der Teilnehmer:innen sei es wichtig, eine oder mehrere Personen zu haben, mit denen man über die eigene Emotionalität oder belastende Situationen sprechen könne. Es sei gut, sich „mit anderen austauschen [zu können] und nicht alles für sich behalten“ (SV5) zu müssen, jemanden zu haben, der einem „zuhört, wenn man etwas erzählen will“ (SV5). Dies verschaffe Erleichterung und man fühle sich weniger allein. Ein solcher Austausch könne unter „Gleichgesinnten“ (SV1) stattfinden, ginge „aber [...] auch mit anderen“ (SV9). Eine Person erläuterte, es sei leichter mit Personen zu sprechen, die sich in einer ähnlichen Situation befänden, da der Kontext weniger explizit berücksichtigt werden müsse. Der Austausch mit anderen habe hingegen auch Vorteile:

Es geht jetzt nicht darum, dass zum Beispiel nur Rollstuhlfahrer [sic] miteinander reden, weil sie wissen, wie es geht. Natürlich redet man mit den Leuten, weil sie wissen, wie es funktioniert. Aber ich kann ja mit anderen auch einmal darüber reden. Weil dann ist der Blickwinkel anders, man ist offener für Neues. (SV1)

Die Ähnlichkeit der zuhörenden Person sei entsprechend nicht das relevante Charakteristikum für eine gute Gesprächsbasis, da sowohl Ähnlichkeit als auch Unterschiedlichkeit mit jeweils eigenen Vorteilen einhergingen. Man könne mit „anderen Leuten, die keine Behinderung oder Beeinträchtigung haben, genauso gut reden“ (SV9).

Entscheidend sei hingegen, einander aktiv zuzuhören und „miteinander [zu] reden, nicht übereinander“ (SV4). Es gehe darum, füreinander da zu sein und einander wertfrei zuzuhören. Eine Teilnehmer:in schilderte dies eindrücklich:

Weil ich mach das zum Beispiel so bei uns im Unternehmen, ich habe da eine Betreuerin, der erzähle ich glaube ich, die kennt mich noch nicht so lange, aber der erzähle ich glaube ich alles, weil ich weiß, ich kann es wirklich so sagen, wie es mir geht und wie ich es mir denke. Und sie labert mich nicht mit so Sachen wie, ja du musst das so machen oder du musst das..., sondern sie hat keine Ahnung. Sie sagt mir, ganz ehrlich, ich habe keine Ahnung. Ich kann dir nicht helfen, weil ich kann es nicht nachvollziehen. Aber ich kann dir zuhören. Und mehr muss es manchmal gar nicht sein. Sie muss ja nicht mit du musst es so machen oder du musst es so machen. Einfach mal zu sagen, ich habe keine Ahnung. Ich habe keine Ahnung, was dir guttut, (in die Runde) ich habe keine Ahnung, was dir guttut, ich habe keine Ahnung, was dir guttut. Wie ich helfen kann. Aber ich kann einfach einmal zuhören. (SV1)

Aus dieser Schilderung geht eindrücklich hervor, dass es häufig entscheidender sei, der anderen Person Raum für ihre Erzählung und den Ausdruck ihrer Emotionalität zu geben und es oft keiner sofortigen Kommentare oder Hilfsangebote bedürfe. Eine Person formuliert es treffend „ein Ratschlag kann auch ein Schlag sein“ (SV4). „Ich will keine Klugscheißer-Tipps“ (SV1) sagt eine andere. Diese würden dazu führen, dass das Gesagte zerredet oder beschönigt würde und sich die erzählende Person nicht gesehen fühle. Vielmehr ginge es darum eine Gesprächsbasis zu schaffen, die durch wahrhaftiges Interesse an der Person und ihrer Erzählung geprägt sei. Eine solche Gesprächsbasis setze nicht zwangsläufig bedeutungsvolle Beziehungen voraus, sondern könne auch in (semi-)professionellen Kontexten wie „Selbsthilfegruppen“ (SV1) oder im Gespräch mit Betreuer:innen oder „Psychologen“ (SV10) erreicht werden.

Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Das Unterthema *Teilhabe am gesellschaftlichen Leben* erweitert das soziale Miteinander um eine gesellschaftliche Ebene. Im Vordergrund stehen hier das Bedürfnis ein gleichberechtigter Teil der Gesellschaft zu sein und durch Lohn- und Selbstvertretungsarbeit wirksam zu werden.

Einigen Teilnehmer:innen war soziale Eingebundenheit auf gesellschaftlicher und politischer Ebene ein wichtiges Anliegen. Zu psychischer Gesundheit gehöre, „dass ich überall dabei sein kann und dass ich trotz meiner Beeinträchtigung nicht eingeschränkt bin.“ (SV1). In dieser Aussage einer Selbstvertreter:in spiegelt sich die Grundannahme des sozialen Modells von Behinderung wider: Behinderung sei nicht gleichbedeutend mit Einschränkung und schließe soziale Teilhabe nicht aus. Die Person führte weiter aus:

Das ist für mich Gesundheit, wo ich sage, ich kann an der Gesellschaft teilnehmen, ich bin mitten drinnen und bin nicht irgendwie ausgegrenzt oder eingeschränkt. Das ist für mich Gesundheit, einfach überall dabei sein und das zu sagen und zu machen, wie ich es gerne hätte. (SV1)

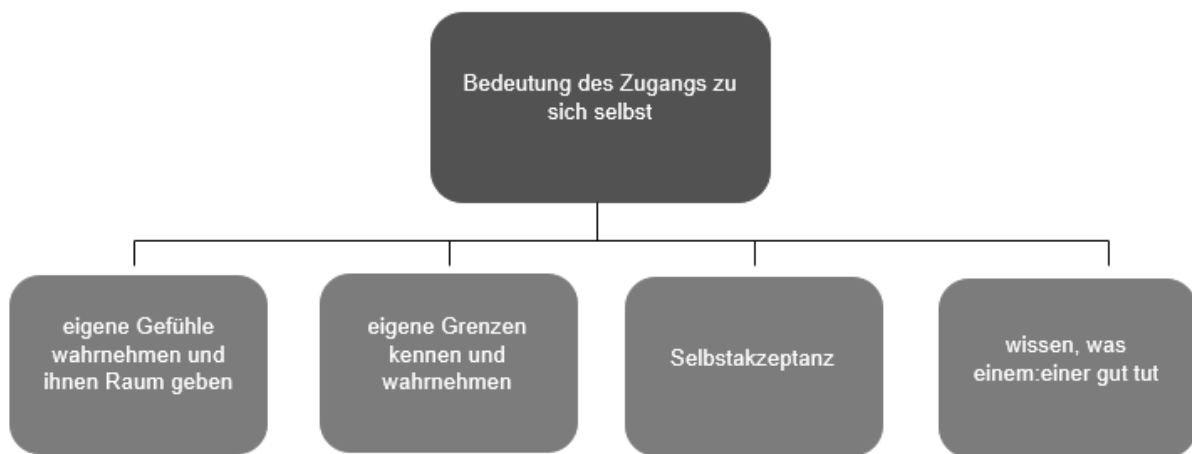
Andere Personen äußerten den Wunsch, ein gleichberechtigter Teil der Gesellschaft zu sein und sich mit den eigenen Interessen und Ansichten einbringen und „mitreden“ (SV6) zu können. „[M]ein Herz sagt (...), ich möchte, dass ich einbringe, dass ich verändere“ (SV6), schilderte es eine Person eindrücklich und fuhr fort „ich möchte auch, dass ich dabei bin in Österreich“ (SV6). Eine Variante dies zu tun, sei nach Angaben der Teilnehmer:innen die Selbstvertretungsarbeit, eine andere die (Lohn-)Arbeit. Obwohl viele Menschen mit IB nicht am ersten Arbeitsmarkt, sondern in geschützten Werkstätten arbeiten, sprachen manche Teilnehmer:innen von ihrer Arbeitsstelle als „bei uns im Unternehmen“ (SV1) oder der „Firma“ (SV10). Formulierungen dieser Art legen den unausgesprochenen Wunsch nach Anerkennung der eigenen Leistung sowie Gleichberechtigung und Normalisierung im Bereich der Lohnarbeit nahe.

Bedeutung des Zugangs zu sich selbst

Das Thema *Bedeutung des Zugangs zu sich selbst* beinhaltet verschiedene Momente der Introspektion, Selbstachtsamkeit sowie Selbstfürsorge und untergliedert sich in vier Unterthemen. Diese sind die eigenen Gefühle wahrnehmen und ihnen Raum geben, die eigenen Grenzen kennen und wahrnehmen, Selbstakzeptanz und wissen, was einer:inem gut tut. Dies ist schematisch in Abbildung 5 dargestellt.

Abbildung 5

Übersicht über das Thema *Bedeutung des Zugangs zu sich selbst* mit seinen vier Unterthemen



Eigene Gefühle wahrnehmen und ihnen Raum geben

Das Unterthema *eigene Gefühle wahrnehmen und ihnen Raum geben* beschäftigt sich mit der Bedeutsamkeit, die eigenen Emotionen zu erkennen und diese angemessen ausleben zu können. Eine besondere Bedeutung kommt dabei vermeintlich negativen Emotionen wie Trauer oder Wut bei.

Ein reflektierter Umgang mit der eigenen Emotionalität sei gemäß der Aussagen der Teilnehmer:innen entscheidend, um psychisch gesund zu bleiben. Die Teilnehmer:innen waren sich einig, dass alle Emotionen ihre Berechtigung hätten und es bedeutsam sei, „dass man einfach alle Emotionen ausleben kann“ (SV9). Es sei „auf jeden Fall psychische Gesundheit, wenn man sich allen Emotionen stellt“ (SV8). Alle Emotionen dürften „ihren Platz haben“ (SV9) und hätten eine Botschaft, die sie vermitteln wollten. Insbesondere die vermeintlich negativen Emotionen Wut und Trauer waren den Teilnehmer:innen ein großes Anliegen. Eine Teilnehmer:in erklärte:

Ich finde es auch gut, dass man mal traurig sein darf. Das muss mal sein. Weil immer nur glücklich sein ist auch nicht gerade... [...] Weil es ist ja anstrengend, wenn man immer glücklich ist, oder nicht? Also ich finde, das ist auf Dauer anstrengend, wenn man immer nur eine Emotion hat. (SV1)

Es sei wichtig, über ein Spektrum an Emotionen zu verfügen und dieses auch ausleben zu können. Wut und Trauer seien dabei selbstverständliche Bestandteile dieses Spektrums. Hinsichtlich Trauer sei es zudem wichtig, sich auch länger anhaltende Trauerprozesse zu „erlauben“ (SV8) und diese zu normalisieren. Mehrere Teilnehmer:innen betonten darüber hinaus die erleichternde Wirkung des Emotionsausdrucks. Eine Person beschrieb es folgendermaßen:

Ich will [mich] jetzt einfach mal fünf Minuten einfach nur aufregen dürfen und sagen jetzt geht es mir nicht gut und das liegt mir auf der Seele und das will ich loswerden. (SV1)

Es bräuchte „Ventile für seine Emotionen“ (SV8) und einen Raum, diese ausdrücken zu können. Seien diese nicht vorhanden, könne dies negative Folgen haben und sich auf somatischer Ebene manifestieren.

Vielen falle der Emotionsausdruck schwer und einige Teilnehmer:innen berichteten, es gäbe „selten Räume“ (SV3) die eigene Emotionalität frei auszuleben. Gefragt nach konkreten Möglichkeiten für den Gefühlsausdruck berichteten mehrere Teilnehmer:innen davon, ihnen helfe Musik dabei, die eigenen Emotionen zu zeigen. Eine Person erzählte, sie werde „beim Stille Nacht so traurig“ (SV8) und eine andere erklärte:

[a]ber ich finde das gar nicht so blöd, dass man bei manchen Liedern, ist ja Wurst, was es ist, dass man seine Gefühle zeigt. Wenn ich bei dem Lied traurig bin, bin ich traurig. (SV1)

Gemäß der Aussagen der Teilnehmer:innen fungiere Musik als Zugang zur eigenen Emotionalität und betreffe positiven wie negativen Affekt gleichermaßen. Andere Möglichkeiten, Zugang zu den eigenen Emotionen zu erhalten, seien der kreative Ausdruck oder der Umgang mit Tieren. Letzteren sei es „egal, ob man jetzt grantig ist oder gut drauf oder schlecht drauf oder wie auch immer. Die Emotion hat da den Raum und das ist dann gut.“ (SV8). Auch sei es wichtig, in sich selbst hineinzuspüren, um wahrnehmen zu können, was einen gerade beschäftige.

Eigenen Grenzen kennen und wahrnehmen

Das Unterthema *eigene Grenzen kennen und wahrnehmen* adressiert die Relevanz des Abgrenzens für den Erhalt psychischer Gesundheit. Im Vordergrund stehen dabei das Wissen um die eigenen Grenzen und die erlebten Schwierigkeiten, die mit dem Abgrenzen einhergehen.

Um psychisch gesund zu bleiben sei es wichtig zu wissen, „wo die Grenzen persönlich liegen“ (SV8) und diese klar zu kommunizieren. „Also Situationen, die einen vergiften, sollte man verlassen oder etwas dagegen tun“ (SV8), erklärte eine Teilnehmer:in sehr deutlich. Dies betreffe das berufliche wie das private Leben gleichermaßen.

[W]enn einem eine bestimmte Situation nicht guttut, dann sollte man diese Situation, was auch immer diese ist, aber ich kenne das selber, einfach aus einer schlechten Situation rausgehen [...], einen Strich [ziehen] [...] [und sagen] das tut mir nicht mehr gut. (SV8)

Auch wenn den meisten Teilnehmer:innen die Relevanz des Grenzensetzens bewusst war, berichteten viele von Schwierigkeiten, sich abzugrenzen. Das Neinsagen falle den Teilnehmer:innen schwer: „ich bin leider ein Ja-Sager“ (SV4) berichtete eine Person diesbezüglich, eine andere „[u]nd dass man mal sagen kann, nein, ich will das aber jetzt gar nicht. Das ist gar nicht so einfach“ (SV1). Dabei sei die Möglichkeit des Abgrenzens theoretisch vorhanden, würde aber oft nicht wahrgenommen:

Und ich kann auch einmal nein sagen. Aber ich mache das nicht. Ich sage das nie. Nie. Ich bin immer offen und mache das alles. Ohne, dass ich sage, nein, ich mache das nicht. (SV5)

Als Hauptgründe hierfür führten einige Teilnehmer:innen das „schlecht[e] Gewissen“ (SV1) oder die Selbstwahrnehmung als „sozialer Mensch“ (SV4) an. Grenzen zu setzen sei für die meisten Teilnehmer:innen ein Lernprozess, in dem sie sich gerade befänden. Eine Person berichtete, sie könne „mit dem jetzt schon besser umgehen“ (SV4) und habe viel dazugelernt. Das Grenzensetzen falle ihr aber noch immer schwer. Eine andere Teilnehmer:in schilderte:

Ich versuche das jetzt gerade. (...) Ich versuche jetzt mich von den anderen alles (...) mich ab (...) ich gehe immer (...) manchmal gehe ich auch in mich rein. Was ist für mich jetzt als nächstes... als nächstes bin ich wichtig. (SV3)

Schwierig sei insbesondere der Umgang mit einem Gegenüber, das es nicht gewohnt sei, mit Grenzen konfrontiert zu werden und diese dann nicht akzeptieren könne. Eine Person erzählte von ihren Erfahrungen:

Und da hat die [NAME] gesagt zu mir, wie du gekommen bist, hast [du] dir alles sagen lassen und jetzt lässt du dir gar nichts mehr sagen, hat sie gesagt. Da habe ich gesagt, ja, das ist jetzt halt, dass ich anders bin und nicht mehr alles gefallen lasse. (SV5)

Insbesondere im familiären Kontext stelle dies eine große Schwierigkeit dar. Eine Person verdeutlichte dies am Beispiel ihres Vaters, der nicht verstehe, dass sie nicht immer telefonieren wolle:

Wenn ich nicht will, dann will ich einfach nicht. Dann rufe ich einfach nicht an. Da tue ich einfach nicht anrufen. Aus. [...] Das muss der liebe Papa auch mal lernen. [...] Er kann es nicht akzeptieren. Aber er muss es lernen. (...) Er muss es lernen. Tut mir leid. [...] Ja, ich muss auf mich auch schauen, nicht nur auf meinen Papa lauern. Das geht nicht. (SV3)

Die Akzeptanz gesetzter Grenzen müsse wechselseitig sein, ergänzte eine Person. Genauso wie man sich wünsche, die eigenen Grenzen würden von anderen akzeptiert, müsse man selbst gleichermaßen auch die Grenzen anderer anerkennen.

Selbstakzeptanz

Das Unterthema *Selbstakzeptanz* fokussiert sich auf eine positive Haltung gegenüber sich selbst und beinhaltet Aspekte der Selbstzufriedenheit und des Selbstvertrauens als wesentliche Merkmale psychischer Gesundheit.

Um psychisch gesund zu sein, sei von großer Bedeutsamkeit, sich in der Gesamtheit seiner Persönlichkeit, inklusive der eigenen Behinderung, annehmen und mit sich „selbst zufrieden sein“ (SV1) zu können. Es sei wichtig, „[w]enn man sich so akzeptiert, wie man ist“ (SV9). Dazu gehöre auch, sich der eigenen Stärken und Schwächen bewusst zu sein und eigene „Fehler“ (SV6) eingestehen zu können. Selbstironie sei in diesem Zusammenhang ein bedeutender gesunderhaltender Faktor:

Zu psychischer Gesundheit tät´ ich sagen, es ist wichtig, dass man lachen kann. Lachen im Allgemeinen, über sich selber [sic], miteinander und für was. Also man kann immer lachen und nicht umsonst heißt es immer Lachen ist die beste Medizin. (SV9)

Ebenso seien Zufriedenheit mit sich und den eigenen Lebensumständen wichtige Faktoren, die zu psychischer Gesundheit beitrügen. „Wie ich das Leben führe, bin ich zufrieden“ (SV5), sagte eine Teilnehmer:in. Eine andere Person erläuterte:

[I]ch bin ich. Und das macht mich, dadurch sage ich, ich bleibe gesund, weil ich so bin wie ich bin. Auch wenn ich manchmal, radikal ausgesprochen, wie ein Schuss irgendwie... Aber ich bleibe so wie ich bin und ich darf so sein. [...] Das gehört für mich dazu, gesund zu sein und gesund zu bleiben. (SV1)

Die Teilnehmer:innen betonten, ihnen sei es wichtig, sie selbst sein zu dürfen und sich nicht für andere „verbiegen“ (SV1) zu müssen. „[I]ch bin halt so wie ich bin“ (SV5), sagte eine Person und es solle „keiner da reinreden [...], wie ich sein soll“ (SV5).

Psychische Gesundheit kann auch sein, dass man ein starkes, gutes Selbstbewusstsein hat. Und auch weiß, wenn es auch einmal nicht so gut ist, dass man sich selbst etwas zutraut. Ein starkes Selbstbewusstsein einfach. (SV8)

Vertrauen in sich und die eigenen Fähigkeiten würde dazu führen, dass man „von Haus aus gestärkt“ (SV8) und „nicht so anfällig für psychische Krankheiten“ (SV8) sei, da es „keinen Grund [gäbe] in ein Loch reinzufallen oder depressiv zu werden“ (SV8). Gleichzeitig würde auch die Bestärkung durch andere eine wichtige Rolle für das Selbstvertrauen spielen. Es sei wichtig, dass auch andere Personen „dir das zutrauen, dass du das auch schaffst“ (SV5), erläuterte eine Teilnehmer:in. Affirmationen dieser Art würden laut Aussagen der Teilnehmer:innen das Selbstvertrauen zusätzlich begünstigen.

Wissen, was einem:einer gut tut

Das Unterthema *wissen, was einem:einer gut tut* umfasst verschiedene Ressourcen und Coping-Strategien, die von den Teilnehmer:innen als bedeutsam für den Erhalt der psychischen Gesundheit empfunden werden. Einen wesentlichen Aspekt stellt dabei die Expertise für sich selbst dar.

Im Umgang mit den Herausforderungen des Alltags sei es wichtig, über ausreichend Ressourcen und Coping-Strategien zu verfügen. Im Austausch untereinander berichteten die Teilnehmer:innen dabei von verschiedenen Möglichkeiten, diesen Herausforderungen zu begegnen. Einen hohen Stellenwert nahmen dabei Genussmomente ein. Diese seien „für die Seele gut“ (SV1) und könnten sich zwischen Personen maßgeblich unterscheiden. So stellte für einige Teilnehmer:innen gutes „Essen“ (SV1) ein Genussmoment dar, für andere eine Tasse „Kaffee“ (SV6) oder einen „Film“ (SV6) anzuschauen. Andere Personen berichteten hingegen von der Bedeutsamkeit von Kreativität, Spiritualität, Humor oder Routinen im Alltag:

was auch noch wichtig ist, bei mir, ist zum Beispiel ziemlich bei der Gesundheit, mein Tagesablauf. Ich brauche meinen bestimmten Tagesablauf, weil sonst geht es mir auch schlecht, sonst komme ich komplett aus dem Konzept. (SV9)

Wieder andere betonten die Relevanz der gemeinsamen Aktivität. Eine Person beschrieb, es sei gar nicht so relevant, was man mache, solange dies in guter Gesellschaft erfolge:

aber es war einfach gut, weil ich das nicht alleine [sic] gemacht habe, sondern weil wir es gemeinsam vor dem Fernseher, so wie man es von den Filmen kennt, vor dem Fernseher mit Lieblingsfilm und Eisessen [gemacht haben]. (alle lachen) Also wirklich so klassisch eben. Aber weil man es nicht alleine [sic] macht, sondern in Gesellschaft. Das ist etwas anderes. (SV1)

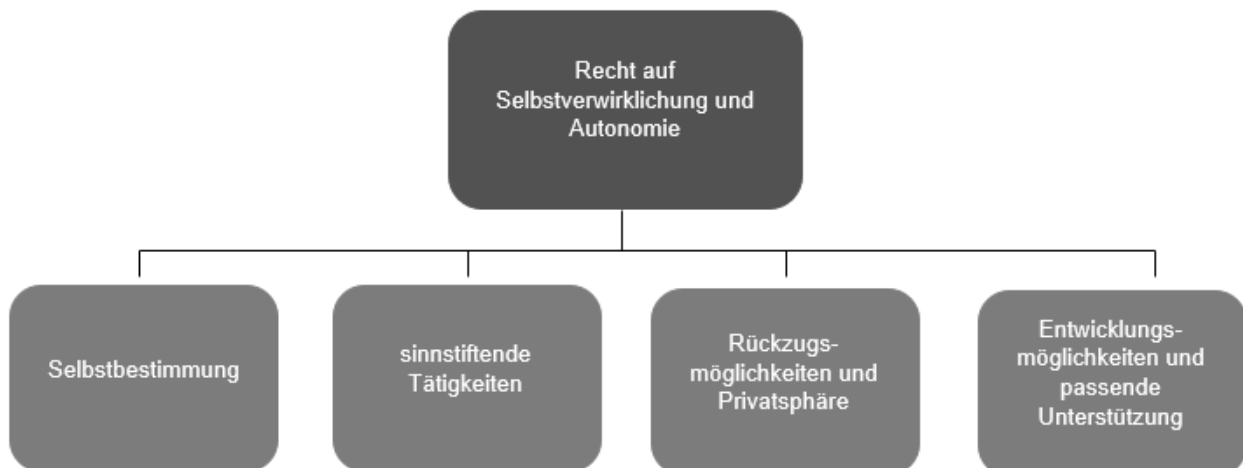
Es bestand Einigkeit dahingehend, dass die Teilnehmer:innen Expert:innen ihrer selbst seien und am besten wüssten, „was [ihnen] gut tut“ (SV8). „Man weiß oft eh, was man tun soll, damit es einem besser geht“ (SV1), formulierte es eine Teilnehmer:in. „Ich weiß zum Beispiel sehr gut, was mir hilft. Ich muss nicht lange überlegen“ (SV9), sagte eine andere Person. Dennoch erlebten die Teilnehmer:innen, dass ihre Expertise für sich selbst häufig nicht anerkannt werde und sie stattdessen mit ungefragten Hilfsangeboten konfrontiert seien.

Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie

Das Thema *Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie* beinhaltet verschiedene Aspekte der Selbstermächtigung und untergliedert sich in vier Unterthemen. Diese sind Selbstbestimmung, sinnstiftende Tätigkeiten, Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre sowie Entwicklungsmöglichkeiten und passende Unterstützung. In Abbildung 6 ist dies schematisch dargestellt.

Abbildung 6

Übersicht über das Thema *Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie* mit seinen vier Unterthemen



Selbstbestimmung

Das Unterthema *Selbstbestimmung* widmet sich eigenständigen Entscheidungen und Selbstverantwortung als wesentliche Aspekte von Selbstermächtigung.

Eigene Entscheidungen für sich selbst treffen zu können, war den meisten Teilnehmer:innen ein zentrales Anliegen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit. Selbstbestimmung bedeute, „das zu sagen und zu machen, wie ich es gerne hätte“ (SV1), erläuterte eine Person. Vielen Teilnehmer:innen sei es wichtig, als erwachsene Person wahrgenommen zu werden, die autonom Entscheidungen treffen und Verantwortung für sich selbst übernehmen könne. „[V]or mir selber fühle ich mich nicht mehr als Kind. Bei den anderen Sachen fühle ich mich nicht mehr als Kind. [...] Ich habe meine eigene Verantwortung“ (SV3), erläuterte eine Person. Mehrere Teilnehmer:innen betonten zudem, sie seien „selbstständig“ (SV6) und wüssten, was sie wollten und was nicht. „Ja. Dass ich selbstständig bin und weiß, was ich will. [...] Weil ich weiß schon selber, wie ich das haben möchte“ (SV5), erläuterte eine Teilnehmer:in. „Wenn ich nicht will, dann will ich einfach nicht“ (SV3), erklärte eine andere Person. Dies werde vom Umfeld jedoch nicht immer anerkannt, was eine immense Grenzverletzung darstelle. Eine Person berichtete, sie reagiere, „wenn jemand mir sagt, was ich zu tun habe“ (SV5), indem sie „automatisch laut“ (SV5) werde.

Sinnstiftende Tätigkeiten

Das Unterthema *sinnstiftende Tätigkeiten* adressiert intrinsische Motivation, selbstgesetzte Ziele und als bedeutsam empfundene Aktivitäten als wesentliche Aspekte von Selbstverwirklichung.

Aus Sicht der Teilnehmer:innen sei es für den Erhalt psychischer Gesundheit von hoher Relevanz, Tätigkeiten nachzugehen, die „Spaß“ (SV9) machten: „also das ist für mich einfach psychische Gesundheit, dass man einfach das tut, was man wirklich gerne tut“ (SV9). „[D]as kann für jeden was [sic] anderes sein“ (SV10), schilderte eine Teilnehmer:in und könne sich auch je nach Lebensalter einer Person unterscheiden. So mache „ein 23-Jähriger [...] ganz andere Sachen als ich mit 55“ (SV10). Hinsichtlich der konkreten Tätigkeit sei vor allem entscheidend, dass diese „auch einen Sinn ergibt“ (SV10) und eine persönliche Bedeutung habe. Das Spektrum reiche dabei von einem „Hobby“ (SV1) nachgehen, über „Interessenvertretung“ (SV1) bis hin zur „Arbeit“ (SV1). Insbesondere Aspekte der „Leidenschaft“ (SV1) und der intrinsischen Motivation spielten dabei eine gewichtige Rolle. Eine Teilnehmer:in schilderte:

meine Leidenschaft ist wichtig, meine Arbeit ist wichtig. Da gehört auch die Interessenvertretung für mich dazu, weil ich mache es mit Herz. Und alles, was ich mit Herz mache und gerne mache, das lässt mich gesund bleiben. Das stärkt mich, gesund zu bleiben. Wichtig ist meine Leidenschaft und einfach dem nachzugehen, das macht mich als Person aus. (SV1)

Den eigenen Interessen und Leidenschaften nachgehen zu können, bedeute, sich entfalten und selbst verwirklichen zu können. Gleichzeitig sei es auch psychische Gesundheit, „wenn ich weiß, [...] ich kann meine Ziele erreichen, so wie ich das möchte“ (SV1). Intrinsische Motivation, Zielerreichung und psychische Gesundheit stünden dabei in einem engen Zusammenhang und beeinflussten einander wechselseitig:

ich mache ja Dinge gerne und habe Ziele vor Augen und das kann ich ja nur dann gut erreichen, wenn weiß, ich bin [psychisch] gesund. Dann bin ich aber auch motiviert das anzupacken und zu sagen, ich möchte das erreichen, ich möchte das machen und das gehört für mich auch zum Thema [psychische] Gesundheit dazu. (SV1)

Es bedürfe einer Aufgabe, „damit man psychisch gesund bleibt“ (SV8). Gäbe es diese nicht, „[a]lso, wenn ich mich mit nichts beschäftige und für nichts interessiere, wird es einmal so weit [zur psychischen Störung] kommen“ (SV10) fasste eine Teilnehmer:in die Relevanz sinnstiftender Tätigkeiten für den Erhalt psychischer Gesundheit zusammen.

Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre

Das Unterthema *Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre* adressiert die Relevanz von Ruhephasen und Zeit für sich für psychische Gesundheit.

Um psychisch gesund zu bleiben, bedürfe es neben sozialer Eingebundenheit und Aktivität auch Rückzugsmöglichkeiten und Phasen der Ruhe. Man müsse auch „ein bisschen Pause“ (SV3) machen und „einfach einmal ab[schalten]“ (SV1) dürfen. Die Telekommunikation und der weitverbreitete Anspruch permanenter Erreichbarkeit stellten dabei jedoch oft Hindernisse dar. Eine Person berichtete, sie werde in Momenten, in denen

sie sich zurückziehen wolle, häufig durch Anrufe am Ausruhen gehindert, was sie als störend empfinde: „[w]enn ich rasten will, will ich rasten und nicht anrufen“ (SV3). Es sei essenziell, auch einmal Zeit für sich selbst zu haben und nicht immer erreichbar sein zu müssen. „Ich brauche auch einmal Pause für mich“ (SV4), erklärte eine Person. „[Ich] entspanne [...] mich, dann weiß ich, dass ich da die Ruhe bekomme“ (SV8), ergänzte eine andere. Von ihrem sozialen Umfeld erwarteten die Teilnehmer:innen, dass dieses Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug anerkannt und respektiert werde. Nur so seien Abschalten und Entspannung möglich.

Entwicklungsmöglichkeiten und passende Unterstützung

Das Thema *Entwicklungsmöglichkeiten und passende Unterstützung* adressiert wesentliche Voraussetzungen für Autonomie, Selbstverwirklichung und persönliches Wachstum.

Viele Teilnehmer:innen waren sich sowohl ihrer Behinderung als auch ihres „Unterstützungsbedarf[s]“ (SV6) bewusst, interpretierten diese jedoch nicht als nachteilig, sondern als einen Teil des eigenen Selbst. „[D]as ist ein Teil von mir. Ich sage, ohne das bin ich nicht ich“ (SV1), erläuterte eine Person. Passende Unterstützung und persönliche Assistenz seien aus Sicht der Teilnehmer:innen bedeutende Voraussetzungen dafür, sich selbstverwirklichen und autonom agieren zu können. Die Teilnehmer:innen waren sich einig, dass jede Person die Unterstützung erhalten sollte, die sie benötigt, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Eine Teilnehmer:in erklärte am eigenen Beispiel, sie brauche, um psychisch gesund zu sein, eine auf sie abgestimmte Unterstützung:

Na was ich dazu brauche, damit es mir psychisch gut geht und dass es so bleibt, da brauche ich die passende Unterstützung für das, [dass ich] meiner Leidenschaft und meinen Hobbies nachgehen kann.[...] Da braucht es die passende Unterstützung, damit ich meine Ziele und Träume, die mir gut tun, umsetzen kann. (SV1)

Eine auf die Bedürfnisse der Person abgestimmte Unterstützung sei demnach der Schlüssel für ein selbstbestimmtes Leben.

Mehrere Teilnehmer:innen berichteten zudem von Wachstumsbedürfnissen. Ihnen sei es wichtig, dazulernen und sich weiterentwickeln zu können. Eine Teilnehmer:in schilderte diesbezüglich, sie wünsche sich mehr Entwicklungsmöglichkeiten, um die eigene Teilhabe zu steigern und sich selbstverwirklichen zu können.

Bedarf an Veränderungen und Aufklärung auf gesellschaftlicher Ebene

Das Thema *Bedarf an Veränderungen und Aufklärung auf gesellschaftlicher Ebene* beinhaltet bestehende Barrieren, die psychische Gesundheit bei Menschen mit IB derzeit erschweren und zeigt Möglichkeiten auf, wie diesen insbesondere auf gesellschaftlicher Ebene begegnet werden kann. Im Vergleich zu den vorangegangenen Themen hat dieses

einen latenten Charakter und gliedert sich in die vier Unterthemen offener Diskurs zu psychischen Störungen, gesellschaftliches Bild von Behinderung, Ausbau der Angebote für Menschen mit IB und Bedarf an konkretem Handlungswissen. Schematisch ist dies Abbildung 7 zu entnehmen.

Abbildung 7

Übersicht über das Thema Bedarf an Veränderung und Aufklärung auf gesellschaftlicher Ebene mit seinen vier Unterthemen



Offener Diskurs zu psychischen Störungen

Das Unterthema *offener Diskurs zu psychischen Störungen* adressiert die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Entstigmatisierung psychischer Störungen.

Einige Teilnehmer:innen berichteten, ihnen falle es schwer, über psychisch belastende Themen zu sprechen, da sie sich vor Stigmatisierung fürchteten. Dabei sei es „nichts Peinliches“ (SV1) und „keine Schande“ (SV4), belastende Erfahrungen zu machen und diese mit anderen zu teilen. Eine Teilnehmer:in berichtete:

Ich finde da jetzt kein Drama dran und finde nicht, dass man aus solchen Themen, weil man aus solchen Themen, weil man jetzt irgendwie ein seelisches Problem hat und nicht so darüber sprechen kann, ein Geheimnis daraus machen muss. Das ist leider halt das Bild von der Gesellschaft, mit du hast irgendwas, du bist anders. Ich finde, das gehört auf jeden Fall aufgehoben und dann geht man auch offener mit diesen Themen um, wenn man nicht Angst haben muss, dass man anders ist. (SV1)

Problematisch sei das gesellschaftliche Stereotyp von psychischen Störungen und die damit einhergehende Angst, von anderen Personen abgewertet und ausgeschlossen zu werden. „[S]o soll es nicht sein“ (SV4), formuliert es eine Person recht deutlich. Aus Sicht der Teilnehmer:innen bedürfe es gesellschaftlicher Bestrebungen zur Entstigmatisierung psychischer Störungen. Man müsse offen über psychische Belastungen und psychische Störungen sprechen können, ohne Ausgrenzung und Abwertung fürchten zu müssen: „[i]ch

finde das ganz wichtig, dass man das sagen darf, ohne jetzt nachzudenken mit ist das gut, wenn ich sage, ich habe da ein Problem oder ist das schlecht“ (SV1).

Gesellschaftliches Bild von Behinderung

Das Unterthema *gesellschaftliches Bild von Behinderung* beinhaltet die gesellschaftliche Perspektive auf Behinderung sowie deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Menschen mit IB.

Die Teilnehmer:innen berichteten, sie seien im Alltag noch immer mit veralteten Bildern von Behinderungen konfrontiert. Viele Menschen ohne Behinderungen hätten wenig oder keine Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Behinderungen und würden sich mit dieser Thematik nicht auseinandersetzen. Dies würde veraltete Sichtweisen auf Behinderungen wie etwa die Vorstellung von Behinderung als Krankheit und Ableismus begünstigen. Eine Teilnehmer:in erklärte, „man sieht, dass viele sich mit diesem Thema nicht auseinandersetzen oder nicht wirklich viel Erfahrung haben“ (SV1). Behinderung sei keine Krankheit, auch wenn die Teilnehmer:innen mit dieser Position immer wieder konfrontiert seien. Eine Person im Rollstuhl schilderte diesbezüglich:

Ich sehe das nicht als Krankheit, obwohl ich schon manchmal erlebt habe, wo ich angesprochen worden bin, wirst du wieder gesund, kommst du [...] aus dem Teil wieder heraus? Also, nur weil ich im Rollstuhl bin, bin ich nicht krank. Also, du kannst mich angreifen, du steckst dich nicht an, das passiert nicht. Du landest jetzt nicht am nächsten Tag im Rollstuhl. Also das passiert nicht. Das ist nicht ansteckend. Das ist keine Krankheit. (SV1)

Behinderung sei keineswegs mit Krankheit gleichzusetzen, sondern vielmehr ein Aspekt von vielen, der einen Menschen ausmache: „das ist ein Teil von mir“ (SV1).

Eine andere Teilnehmer:in berichtete von wiederholten Diskriminierungserfahrungen, die sie aufgrund ihrer Behinderung gemacht habe:

Zum Beispiel, ich bin auf der Straße und da geht eine Frau mit einem Mann und schaut einen immer so blöd an und da sage ich immer die Blicke der anderen. Ist das auch für das Herz was, frage ich mich? [...] Und herziehen über andere auf der Straße, da sage ich, die sollen doch Ruhe geben. (SV7)

Diskriminierung mache wütend und stelle eine Herabwürdigung der Person dar. Erfahrungen dieser Art seien belastend und wirkten sich negativ auf das Wohlbefinden der Person aus. „Ich werde dann manchmal so chaotisch“ (SV7), versucht die Teilnehmer:in ihre Reaktion auf Diskriminierungserfahrungen zu beschreiben. „Ich bin dann eben behindert, das weiß ich. Aber ich kann einiges“ (SV7), stellte sie klar. Es sei entscheidend, einen Menschen in seiner Ganzheitlichkeit zu sehen und ihn nicht auf seine Behinderung zu reduzieren oder mit dieser gleichzusetzen. Das Bild von Behinderung, mit dem die Teilnehmer:innen im Alltag häufig konfrontiert seien, sei hingegen defizitär geprägt. Hier bedürfe es eines Umdenkens

und einer stärkeren Ausrichtung des gesellschaftlichen Bildes von Behinderungen an sozialen und menschenrechtlichen Modellen.

Ausbau der Angebote für Menschen mit IB

Das Unterthema *Ausbau der Angebote für Menschen mit IB* adressiert die Unterversorgung mit angemessenen Gesundheitsangeboten bezüglich psychischer Gesundheit für Menschen mit IB und bezieht sich dabei insbesondere auf Informations- und Präventionsangebote sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Den Teilnehmer:innen waren keine an die Bedürfnisse von Menschen mit IB angepassten Gesundheitsangebote bezüglich psychischer Gesundheit bekannt. Bei Fragen zu psychischer Gesundheit bezögen sie ihre Informationen aus dem Internet, aus Vorträgen oder aus Broschüren. Diese seien jedoch häufig so aufbereitet, dass sie für Menschen mit IB aufgrund ihrer sprachlichen Komplexität und mangelnder visueller Unterstützung nicht oder nur schwer verständlich sind: „[Vieles] ist in schwerer Sprache [...] und da stehen Dinge drin, wo du sagst, was meinst du jetzt damit?“ (SV1). „[W]enn ich es nicht verstehe, dann nützt mir das Ganze eigentlich nichts“ (SV10), bringt eine Person die grundlegende Problematik auf den Punkt. Bei der Internetrecherche bestehe zudem die Schwierigkeit, geeignete von ungeeigneten Informationen zu trennen: „[w]eil da so viele Informationen [sind] ... und dann denke ich mir, was soll ich denn glauben?“ (SV3). Der Bedarf an barrierefreien Informationen zu psychischer Gesundheit sei entsprechend hoch. Um leicht verständlich zu sein, müssten die Informationen in „Leichte[r] Sprache“ (SV8) verfasst und mit „Piktogrammen“ (SV8) visuell unterstützt sein. Derart aufbereitetes Material zu psychischer Gesundheit war den Teilnehmer:innen jedoch nicht bekannt.

Als allgemeine Anlaufstellen bei gesundheitlichen Fragen benannten die Teilnehmer:innen „Beratungsstellen“ (SV8) und „Krankenhäuser“ (SV8). Darüber hinaus könne man sich mit Fragen zu psychischer Gesundheit auch an „Psychologen“ (SV9) oder „den Hausarzt [...] oder die Hausärztin“ (SV3) wenden. Jedoch bestehe auch hier das Problem der unzureichenden kommunikativen Barrierefreiheit. Man müsse „die Ärzte [sic] bitten, es so leicht wie möglich zu formulieren“ (SV8). Personen mit stärker ausgeprägten IB benötigten darüber hinaus zusätzliche Unterstützung, „[m]eistens haben die Personen noch jemanden mit, der das auch mithört und dann wird das noch einmal separat durchgegangen“ (SV8).

Gemäß den Erfahrungen der Teilnehmer:innen sei das Gesundheitssystem noch nicht umfassend barrierefrei und auch die in den Wohneinrichtungen für Menschen mit IB angesiedelten Gesundheitsangebote bezüglich psychischer Gesundheit seien überschaubar. Eine Teilnehmer:in berichtete diesbezüglich:

[W]ir haben nämlich eine Psychologin im Haus, die kommt alle 14 Tage. Das ist natürlich schwierig, weil viel Nachfrage ist und sie für jeden nur ein paar Minuten Zeit

hat, maximal so 20 Minuten. Das ist zwar ein bisschen schade, aber es ist kostenlos. Also sind wir froh, dass wir die 20 Minuten haben. Besser als gar nichts. Und ja, das ist halt so, was kann ich machen und regelmäßiger Austausch und wenn ich merke, da ist gar kein Platz, dann gehe ich halt zu meiner Bezugsbetreuerin. (SV1)

Demnach gäbe es Wohneinrichtungen, die über psychosoziale Angebote zur Unterstützung ihrer Bewohner:innen verfügten, das Angebotsspektrum sei jedoch begrenzt und könne den vorhandenen Bedarf nicht decken. Aus Sicht der Teilnehmer:innen bräuchte es mehr niedrigschwellige Gesundheitsangebote für Menschen mit IB, die auf die Förderung und den Erhalt psychischer Gesundheit abzielen. Dies könnten exemplarisch Gesprächskreise oder Selbsthilfegruppen sein:

Und das finde ich gut, dass es solche Dinge für Menschen mit Beeinträchtigung auch geben sollte. Und nicht so, ja, wissen wir nicht, wie sie dahin kommen, sondern dass es einfach solche Gruppen und Gespräche überall gibt und auch offener gibt, dass man sagt, dass man tauscht sich einfach regelmäßig aus. (SV1)

Zu beachten sei dabei, dass diese Angebote eigenständig wahrgenommen werden können und eine Teilnahme nicht von den Verfügbarkeiten etwaiger Unterstützungspersonen abhängt.

Bedarf an konkretem Handlungswissen

Das Unterthema *Bedarf an konkretem Handlungswissen* adressiert den Wunsch der Teilnehmer:innen nach konkreten Handlungsanleitungen, wie man anderen Personen in belastenden Situationen beistehen könne, ohne sich selbst zu überlasten.

Viele Teilnehmer:innen berichteten von einem ausgeprägten Hilfsmotiv bezogen auf Personen in ihrem Umfeld, die akute Belastungen erlebten. Eine in diesem Zusammenhang häufig wiederkehrende Frage war die der Selbstfürsorge: „Wie kann ich aber anderen helfen, ohne selbst irgendwie mich zu überlasten?“ (SV1). Dieses Spannungsfeld aus dem Bedürfnis für andere da zu sein, sie in schwierigen Situationen zu unterstützen und gleichzeitig auf sich selbst achtzugeben, beschäftigte die Teilnehmer:innen nachhaltig. „Wie man bei solchen Situationen umgeht und auch Abstand zu gewinnen, dass man hilft dem Menschen, aber trotzdem Abstand zu gewinnen zu diesen Geschichten“ (SV4), formulierte es eine Person. Die Schwierigkeit sei, dass man sich manchmal derart bemühe für andere da zu sein, dass man vergesse auf sich selbst aufzupassen. Das könne zur Folge haben, dass es „nach hinten losgeht“ (SV1) und man „selber down“ (SV1) sei. Daraus resultiere die Frage, wie man andere Personen in belastenden Situationen unterstützen könne, ohne sich selbst zu überlasten. Manche Teilnehmer:innen wünschten sich diesbezüglich konkrete Handlungsanleitungen für den Alltag.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Einblicke in das Verständnis, die Sichtweisen und Perspektiven von erwachsenen Personen mit IB auf psychische Gesundheit zu ermöglichen und einen Ausgangspunkt zur Ableitung möglicher Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen zu liefern. Die reflexive thematische Analyse aus den Daten zweier Fokusgruppen, die im Rahmen des Selbstvertretungskongresses der Lebenshilfe 2022 stattfanden, ergaben sechs Themen zur Beschreibung psychischer Gesundheit aus der Sicht von erwachsenen Menschen mit IB. Diese sechs Themen sind psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konzept, der komplexe Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit, die Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit, die Bedeutung des Zugangs zu sich selbst, das Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie sowie der Bedarf an gesellschaftlicher Veränderung und offenem Diskurs.

Verortung der Befunde vor dem Hintergrund der Literatur

Im Gegensatz zu den Ergebnissen einer früheren Studie zur Sichtweise von Menschen mit IB auf psychische Gesundheit, die feststellte, dass junge Erwachsene mit IB nur eine vage Vorstellung von psychischer Gesundheit hatten (Beaily et al., 2022), deuten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit darauf hin, dass die Teilnehmer:innen ein differenziertes Verständnis davon haben, was psychische Gesundheit bedeutet und in der Lage sind, psychisch gesunderhaltende Faktoren zu benennen sowie gesellschaftliche Barrieren aufzuzeigen, die den Erhalt psychischer Gesundheit gefährden. Da beide Stichproben einander ähneln, ist dieser Unterschied möglicherweise auf die Selbstselektion und das durchschnittlich höhere Alter der Teilnehmer:innen in der vorliegenden Studie zurückzuführen.

Psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konzept

Vielen Teilnehmer:innen war die Unterscheidung psychischer Gesundheit und psychischer Störung auf inhaltlicher Ebene unklar, was sich auf semantischer Ebene durch die gleichzeitige oder synonyme Verwendung der beiden Begriffe äußerte. Diese konzeptionelle Vermischung und mangelnden Differenzierung der beiden Konstrukte weist darauf hin, dass die Teilnehmer:innen über kein unabhängiges Konzeptverständnis psychischer Gesundheit und psychischer Störung im Sinne des 2-Kontinua-Modells verfügten. Dieser Befund steht im Einklang mit der bisherigen Forschung. Beaily et al. (2022) berichteten in ihrer Studie an acht Personen mit IB, dass der Begriff psychische Gesundheit häufig im Zusammenhang mit Symptomen psychischer Störungen wie Suizidalität verwendet wurde. Diese konzeptionelle Gleichsetzung der beiden Konstrukte findet sich jedoch auch in Stichproben ohne IB wie Kindern und Jugendlichen (Armstrong et al., 2000) sowie

Erwachsenen (Ali et al., 2023; Decima Research, 2008; Pavis et al., 1996) wieder. So zeigte eine Umfrage im Auftrag der Canadian Population Health Initiative (Decima Research, 2008), dass 56% der befragten Kanadier:innen psychische Gesundheit inhaltlich mit psychischer Störung gleichsetzten und nur 40% von verschiedenen Konstrukten ausgingen. Im Rahmen medialer Berichterstattung wird der Begriff psychische Gesundheit häufig zur Darstellung psychischer Belastungen oder psychischer Störungen verwendet (Atanasova et al., 2019). Die in dieser Studie von manchen Teilnehmer:innen berichtete konzeptionelle Vermischung und inhaltliche Gleichsetzung psychischer Gesundheit und psychischer Störung ist somit charakteristisch für die allgemeine Sichtweise auf psychische Gesundheit und stellt keine originär IB-spezifische Perspektive dar.

Insgesamt zeigte sich, dass die Teilnehmer:innen mit abstrakt-konzeptionellen Fragen wie der nach dem inhaltlichen Gegenstand psychischer Gesundheit Schwierigkeiten hatten. So fiel es den Teilnehmer:innen schwer, psychische Gesundheit aufgrund der abstrakten Natur dieses Begriffs in Worte zu fassen, was sich mit den Befunden von Beaily et al. (2022) deckt. Eine mögliche Ursache ist hierfür, dass Menschen mit IB aufgrund der reduzierten intellektuellen Leistungsfähigkeit oft Schwierigkeiten mit metakognitiven Fähigkeiten wie abstraktem Denken haben (Sturmey, 2004). Jedoch berichten nicht nur Menschen mit IB von Schwierigkeiten bei der Konzeptualisierung psychischer Gesundheit. Eine Studie, die die Perspektiven von 13- und 16-jährigen Schüler:innen zu psychischer Gesundheit miteinander verglich (Johansson et al., 2007), stellte fest, dass vor allem jüngere Jugendliche Schwierigkeiten bei der Konzeptualisierung psychischer Gesundheit hatten, während ältere Jugendliche über ein gutes Konzeptverständnis verfügten. Dies deckt sich mit Befunden von Armstrong et al. (2000) und Hermann et al. (2022), die ebenfalls Jugendliche nach ihrer Sichtweise zu psychischer Gesundheit befragten.

Inhaltlich lasse sich psychische Gesundheit für die Teilnehmer:innen mit „wie es dem Inneren geht“ definieren und umfasse dabei sowohl positive als auch negative Emotionalität. Dies deckt sich mit den subjektiven Sichtweisen zu psychischer Gesundheit von Jugendlichen (Hermann et al., 2022; Johansson et al., 2007) und spiegelt sich in der Definition der Public Health Agency of Canada (2006) wieder, die emotionales Wohlbefinden als eine bedeutende Facette psychischer Gesundheit betont. In der WHO-Definition psychischer Gesundheit werden Emotionen hingegen nicht explizit adressiert (WHO, 2005).

Körperlich verorteten die Teilnehmer:innen die Psyche vornehmlich in Kopf und Gehirn. Hervorzuheben ist dabei, dass das Gehirn nicht nur als biologisches Substrat angeführt, sondern auch im Zusammenhang mit kognitiven Prozessen und erlebten Erfahrungen verstanden wurde. Insbesondere psychische Störungen wurden dabei als mit dem Gehirn assoziiert angesehen, was im Einklang mit den Erkenntnissen der biopsychologischen Forschung steht (z.B. Zhang et al., 2016). Ein tiefergehendes

Verständnis der Wirkzusammenhänge von Psyche und Gehirn lag bei den Teilnehmer:innen jedoch nicht vor. Andere Vorstellungen umschrieben den Oberkörper, den Bauch oder das Herz als Sitz der Psyche. In der zeitgenössischen psychologischen Literatur zu IB wird die Frage nach der körperlichen Lokalisation der Psyche hingegen kaum behandelt. Dies steht möglicherweise mit dem primär philosophischen Charakter dieser Fragestellung im Zusammenhang.

Komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit

Aus Sicht der Teilnehmer:innen stehen psychische und körperliche Gesundheit in einem komplexen Wirkzusammenhang miteinander, der auf drei verschiedene Arten charakterisiert werden könne: 1) dem Zusammenwirken psychischer und körperlicher Gesundheit, 2) der Unabhängigkeit psychischer und körperlicher Gesundheit und 3) dem partiellen Zusammenwirken psychischer und körperlicher Gesundheit. Körperliche Gesundheit stellte dabei jeweils den Referenzwert dar. Dies deckt sich mit Befunden aus vorangegangener Forschung (Armstrong et al., 2000; Beaily et al., 2022; Johansson et al., 2007; Kuijken et al., 2016). So beschreiben verschiedene Arbeiten, dass Menschen mit IB psychische und körperliche Gesundheit als zusammengehörig wahrnehmen (Beaily et al., 2022; Kuijken et al., 2016), was im Einklang mit dem WHO Verständnis von Gesundheit steht (WHO, 2019b). Während die meisten Teilnehmer:innen diesen Wirkmechanismus als ungerichtet wahrnahmen, beschrieben andere einen unidirektionalen Zusammenhang der Psyche auf den Körper. Letzteres steht in Kontrast zu Ergebnissen früherer qualitativer Studien, die vornehmlich den Einfluss körperlicher Gesundheit auf psychische Gesundheit beschreiben (Armstrong et al., 2000; Beaily et al., 2022; Johansson et al., 2007).

Eine frühere Studie zur Sichtweise junger Erwachsener mit IB zu psychischer Gesundheit beschrieb psychische und körperliche Gesundheit als unabhängige Konstrukte, die jedoch aufeinander einwirken könnten (Beaily et al., 2022). Dies deckt sich mit den Befunden der vorliegenden Studie zu Unabhängigkeit und partiellem Zusammenwirken psychischer und körperlicher Gesundheit.

Für viele Teilnehmer:innen stellte körperliche Gesundheit die Referenz dar, was sich auf semantischer Ebene durch Formulierungen wie ‚normale Gesundheit‘ äußerte. Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass Gesundheit der im Vergleich zu psychischer Gesundheit bekanntere Begriff ist (Beaily et al., 2022) und viele Teilnehmer:innen körperliche Gesundheit als konkreter und greifbarer beschrieben als psychische Gesundheit. Hinzukommt, dass vorhandene Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Angebote zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit IB vornehmlich auf Aspekte körperlicher Gesundheit fokussiert sind (Burtscher et al., 2017; Geukes et al., 2018; Kuijken et al., 2020; Naaldenberg et al., 2013; Overwijk et al., 2022; Roll, 2018; Scott

& Haverkamp, 2016) und somit eine einseitige Prägung des Begriffes Gesundheit begünstigen.

Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit

Soziale Eingebundenheit war für die Teilnehmer:innen ein wesentlicher zu psychischer Gesundheit beitragender Faktor, was sich sowohl in der Häufigkeit als auch in der Differenziertheit, in der über dieses Thema berichtet wurde, widerspiegelt und sich mit den Befunden vorangegangener Arbeiten deckt (Fusar-Poli et al., 2020; van Herwaarden et al., 2022). Soziale Eingebundenheit gehe dabei über freundschaftliche, familiäre oder romantische Beziehungen hinaus und schließe gesellschaftliche Aspekte wie alltägliche Begegnungen mit Fremden auf Augenhöhe und mit Respekt sowie soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ein. Dies steht im Einklang mit der gegenwärtigen Literatur (Lyons et al., 2013; Nowotny et al., 2015; van Herwaarden et al., 2022) und spiegelt soziale Verbundenheit als psychologisches Grundbedürfnis im Sinne der BPNT (Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste et al., 2020) wider. Die Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Sichtweise von Menschen mit IB, ihren Angehörigen und Unterstützungspersonen auf eudaimonisches Wohlbefinden zeigten soziale Akzeptanz als Grundvoraussetzung für Wohlbefinden in dieser Personengruppe (van Herwaarden et al., 2022). Dies steht jedoch im Kontrast zur sozialen Realität von Menschen mit IB. So zeigen Befunde einer rezenten Arbeit, die Stigmatisierung von Menschen mit IB untersucht, dass in der österreichischen und deutschen Allgemeinbevölkerung eine distanzierte bis ablehnende Grundhaltung gegenüber Menschen mit IB und wenig Interesse an einer sozialen Interaktion mit Angehörigen dieser Personengruppe besteht (Zeilinger et al., 2020). Dies deckt sich mit früheren Befunden, die nahelegen, dass Menschen mit IB eine Personengruppe darstellen, mit der soziale Interaktion am wenigsten gewünscht ist (Gordon et al., 2004). Darüber hinaus sind Menschen mit IB einem erhöhten Risiko gezielter Gewalt und antisozialem Verhalten ausgesetzt (Mayrhofer et al., 2019; Quarmby, 2008) und werden auch auf gesellschaftlicher Ebene in Form von eingeschränkten Beteiligungsmöglichkeiten, einem schlechteren Zugang zu Bildung, Arbeit, Wohnraum oder hochwertiger Gesundheitsversorgung vielfältig diskriminiert (Buljevac et al., 2022; Griebler et al., 2021; Heslop et al., 2014; Krahn et al., 2006; Seewooruttun & Scior, 2014). Dabei stellen Zugehörigkeitsgefühl, gesellschaftliche Unterstützung und Teilhabemöglichkeiten wesentliche Faktoren dar, die zu psychischer Gesundheit beitragen (Nowotny et al., 2015; Public Health Agency of Canada, 2006) und sind insbesondere für Angehörige marginalisierter Gruppen von äußerster Bedeutung (Lyons et al., 2013).

Die Ergebnisse der thematischen Analyse hinsichtlich bedeutungsvoller Beziehungen stehen im Einklang mit der bisherigen Forschung. Die Relevanz familiärer, freundschaftlicher und romantischer Beziehungen für den Erhalt psychischer Gesundheit wurde in

Populationen ohne IB vielfach berichtet (Ali et al., 2023; Armstrong et al., 2000; Hall et al., 2016; Johansson et al., 2007; Lyons et al., 2013; Nowotny et al., 2015), findet jedoch auch in der IB-spezifischen Literatur Berücksichtigung (van Herwaarden et al., 2022). Die Teilnehmer:innen der vorliegenden Arbeit betonten, dass die vertrauensvolle Basis eine bedeutungsvolle Beziehung ausmache. Dies deckt sich mit den Befunden von van Herwaarden et al. (2022), die qualitativ hochwertige Beziehungen aus der Sicht von Menschen mit IB, ihren Angehörigen und Unterstützungspersonen als geprägt durch Vertrauen, Sicherheit und Ehrlichkeit beschreiben.

Mit anderen Personen über die eigene Emotionalität oder herausfordernde Situationen sprechen zu können, ist aus Sicht der Teilnehmer:innen ein wesentlicher Aspekt, der zum Erhalt psychischer Gesundheit beiträgt. Dies steht im Einklang mit der Literatur, die soziale Kontakte und Personen, denen man sich anvertrauen könne, vielfach als Unterstützungsmechanismen beschreibt (z.B. Armstrong et al., 2000; van Herwaarden et al., 2022; Young-Southward et al., 2017). Während in der IB-Literatur die Relevanz des Austausches mit ähnlichen Personen hervorgehoben wird (Fulford & Cobigo, 2018; van Asselt-Goverts et al., 2013; van Herwaarden et al., 2022), erörterten die Teilnehmer:innen der vorliegenden Studie die Vor- und Nachteile des Austauschs mit ähnlichen und unterschiedlichen Personen. Entscheidend sei eine Gesprächsbasis, die durch eine Atmosphäre achtsamen und wertfreien Zuhörens gekennzeichnet sei. Eine solche setze aus Sicht der Teilnehmer:innen weder Ähnlichkeit noch bedeutungsvolle Beziehungen voraus und könne auch in (semi-)professionellen Kontexten erreicht werden. Die von den Teilnehmer:innen beschriebene Haltung entspricht den Grundsätzen der personenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers (Non-Direktivität, empathische Grundhaltung und Kongruenz; 1972, 1977) und geht dabei vornehmlich auf die Non-Direktivität sowie die empathische Grundhaltung ein. Zum aktuellen Zeitpunkt ist eine ähnliche, in dieser Klarheit von Personen mit IB selbst formulierte Betonung des achtsamen und wertfreien Zuhörens aus der gegenwärtigen Literatur zu psychischer Gesundheit und IB nicht bekannt.

Bedeutung des Zugangs zu sich selbst

Ein rezentes Scoping Review zu Faktoren, die psychische Gesundheit konstituierten, benennt Emotionen als eine von mehreren zentralen Domänen, die psychische Gesundheit ausmachten (Fusar-Poli et al., 2020). Dies deckt sich mit den Befunden der vorliegenden Arbeit sowie subjektiven Sichtweisen aus Stichproben ohne IB zu psychischer Gesundheit (Hermann et al., 2022; Johansson et al., 2007). Die Teilnehmer:innen dieser Arbeit berichteten, ein reflektierter Umgang mit der eigenen Emotionalität sei essenziell, um psychisch gesund zu bleiben und schließe positive wie negative Emotionalität gleichermaßen ein. Ähnliche Befunde zeigen sich in Stichproben von Kindern und Jugendlichen (Hermann et al., 2022; Johansson et al., 2007). Während die Teilnehmer:innen der vorliegenden Studie

neben positiver emotionaler Zustände auch die Bedeutsamkeit des Durchlebens negativ gelebter Emotionen wie Trauer und Wut für psychische Gesundheit betonten, widmet sich die IB-Literatur diesen Emotionen vornehmlich aus einer pathologischen Perspektive (Blackman, 2003; Brickell & Munir, 2008; Felce et al., 2015; Hamelin et al., 2013). Die im Rahmen dieser Studie festgestellte Relevanz, alle Emotionen ausleben zu können, um psychisch gesund zu bleiben, wurde in der bisherigen Literatur zu IB hingegen kaum behandelt.

Das Erkennen und Kommunizieren der eigenen Grenzen war den Teilnehmer:innen ein wichtiges Anliegen für den Erhalt psychischer Gesundheit und wird auch in der allgemeinen Literatur vielfach als bedeutender Resilienzfaktor angeführt (Delgado et al., 2022; Jackson-Jordan, 2013; Zwack & Schweitzer, 2013). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass Selbstvertreter:innen Schwierigkeiten damit haben, sich im Alltag abzugrenzen, obwohl ihnen die Bedeutsamkeit des Grenzen Setzens bewusst ist.

Die Erkenntnisse hinsichtlich Selbstakzeptanz und einer positiven Haltung zu sich selbst als einem bedeutenden Bestandteil psychischer Gesundheit stehen im Einklang mit Befunden aus der bisherigen Forschung und entsprechen im Wesentlichen dem Thema *Individuality* bei van Herwaarden et al. (2022). In beiden Studien adressierten die Teilnehmer:innen Selbstzufriedenheit, ein gewisses Maß an Selbstbewusstsein sowie die Anerkennung der eigenen Einzigartigkeit als wichtig für das eigene Wohlergehen. Darüber hinaus benannte ein Literaturreview mit 15 eingeschlossenen Studien Selbstakzeptanz als einen wichtigen Resilienzfaktor für Menschen mit IB (Scheffers et al., 2020). Im Einklang mit Befunden früherer Untersuchungen (Davidson et al., 2014; Dorozenko et al., 2015; Logeswaran et al., 2019) waren sich die Teilnehmer:innen der vorliegenden Studie der eigenen Behinderung bewusst und konnten diese als einen Teil ihrer Persönlichkeit annehmen. Die Behinderung war dabei jedoch nicht zentral für die eigene Identität, was sich mit früheren Befunden deckt (Davidson et al., 2014; Dorozenko et al., 2015).

Während sich die aktuelle Literatur zu IB und Ressourcen und Coping-Strategien vornehmlich auf Angehörige und Unterstützungspersonen fokussiert (z.B. Chukwu et al., 2019; Kurowska et al., 2021; Panicker & Ramesh, 2019), beschrieben die Teilnehmer:innen der vorliegenden Arbeit, sie wüssten sehr gut, was sie bräuchten, um psychisch gesund zu bleiben. Qualitative Beschreibungen von Ressourcen und Coping-Strategien von Menschen mit IB (z.B. die eigenen Bedürfnisse erkennen, Sport treiben, gute Gesellschaft) sind rar und finden sich hauptsächlich in grauer Literatur wie Materialien von Vereinen, die sich für Empowerment von Menschen mit Behinderungen einsetzen (Verein Ninlil & Verein Leicht Lesen, o.D.) oder Interviewmaterial aus Gesprächen mit Menschen mit IB (Sappok, 2023). Die Teilnehmer:innen der vorliegenden Studie beschrieben insbesondere Genussmomente, Kreativität, Spiritualität sowie gemeinschaftliche Aktivitäten als psychisch gesund erhaltend.

Dies deckt sich mit Befunden, die tagesstrukturierende Aktivitäten (Scheffers et al., 2020) sowie freundschaftliche Beziehungen bei Menschen mit IB (Fulford & Cobigo, 2018; van Asselt-Goverts et al., 2013) als Ressourcen benannten.

Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie

Selbstbestimmung und eigenständig Entscheidungen treffen zu können, war für die Teilnehmer:innen der vorliegenden Studie ein wesentlicher zu psychischer Gesundheit beitragender Faktor. Dieser Befund steht im Einklang mit der bisherigen Literatur (Scheffers et al., 2020; Tilley et al., 2020) und deckt sich inhaltlich im Wesentlichen mit dem Thema *Autonomy* von van Herwaarden et al. (2022). Selbstbestimmung bedeute für die Teilnehmer:innen beider Studien, das machen zu können, was man selbst wolle, und selbstständig zu sein. Aus einem rezenten Literaturreview geht hervor, dass Autonomie eng mit dem Wohlbefinden von Menschen mit IB assoziiert sei und einen bedeutenden Resilienzfaktor darstelle (Scheffers et al., 2020), was im Einklang mit der Konzeption von Autonomie als psychologisches Grundbedürfnis sensu Deci und Ryan (2000) steht. Andere Studien betonen hingegen den Einfluss von Selbstvertretungsarbeit auf Selbstbestimmung, Autonomie und das subjektive Wohlbefinden von Menschen mit IB (Tilley et al., 2020). All dies steht im Kontrast zu der von Menschen mit IB häufig erlebten und auch im Rahmen dieser Studie adressierten Infantilisierung und Bevormundung (Björnsdóttir et al., 2015; Capri & Swartz, 2018; Santinele Martino, 2022; Santinele Martino & Fudge Schormans, 2018).

Die im Rahmen dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse bezüglich sinnstiftender Tätigkeiten stehen im Einklang mit den Befunden bisheriger Studien. Einer sinnstiftenden Tätigkeit nachzugehen, sich einzubringen und einen Beitrag zu leisten (van Herwaarden et al., 2022; Young-Southward et al., 2017) wird als bedeutender Resilienzfaktor für Menschen mit IB beschrieben (Young-Southward et al., 2017) und entspricht dem psychologischen Grundbedürfnis des Erlebens von Kompetenz (Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste et al., 2020). Insbesondere die auch in dieser Studie adressierte Interessen- und Selbstvertretung stellt für Menschen mit IB eine Möglichkeit dar, einen Beitrag an der Gemeinschaft zu leisten und sich einzubringen (Tilley et al., 2020). Dies steht im Einklang mit der WHO-Definition psychischer Gesundheit, die diese unter anderem durch das Leisten eines Beitrags zur Gemeinschaft definiert (WHO, 2005). Darüber hinaus betonten die Teilnehmer:innen die Bedeutsamkeit von Motivation und eigenen Ziele für psychische Gesundheit. Dies deckt sich mit den Befunden von van Herwaarden et al. (2022), die an den eigenen Zielen und Herausforderungen zu arbeiten als zuträglich für das Wohlbefinden von Menschen mit IB beschrieben.

Die Ergebnisse hinsichtlich Zeit für sich spiegeln sich in den Befunden einer Studie wider, die ein ausgewogenes Leben aus Sicht von Menschen mit IB als geprägt durch sinnstiftende Tätigkeiten aber auch Rückzugsmöglichkeiten sowie Phasen des Ausruhens

beschrieb (van Herwaarden et al., 2022). Zeit für sich selbst sei demnach ein notwendiger Gegenpol eines aktiven und sinnerfüllten Lebens. Der von Teilnehmer:innen der vorliegenden Arbeit adressierte Konflikt der ständig erwarteten Erreichbarkeit wird hingegen in der Literatur zu IB kaum adressiert.

In der vorliegenden Arbeit werden Entwicklungsmöglichkeiten und passende Unterstützung als wichtige Faktoren für psychische Gesundheit benannt, was mit den Befunden der gegenwärtigen Literatur im Einklang steht. So geht aus den Ergebnissen einer Studie hervor, dass Menschen mit IB den Wunsch haben, sich persönlich weiterzuentwickeln und neue Fertigkeiten zu erlernen (van Herwaarden et al., 2022). Auch für die Allgemeinbevölkerung wird die Relevanz von Entwicklungsmöglichkeiten, insbesondere hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, hervorgehoben (Nowotny et al., 2015). Für Entwicklungsmöglichkeiten und persönliches Wachstum bräuchte es unterstützende soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Nowotny et al., 2015). Aus Sicht der Teilnehmer:innen der vorliegenden Arbeit sei passende Unterstützung eine Grundvoraussetzung für Selbstverwirklichung und Autonomie und zeichne sich durch Unterstützung aus, die auf die Bedürfnisse der Person abgestimmt ist. Dies entspricht im Wesentlichen dem Thema *Appropriate Assistance* in der Arbeit von Björnsdóttir et al. (2015) und spiegelt sich auch im gegenwärtigen behinderungspolitischen Diskurs zu persönlicher Assistenz für Menschen mit IB wider (Caritas Österreich, 2022; Lebenshilfe Österreich, 2017; Österreichischer Behindertenrat, 2023).

Bedarf an Veränderungen und Aufklärung auf gesellschaftlicher Ebene

Die Teilnehmer:innen der vorliegenden Studie benannten Stigmatisierung psychischer Störungen als eine bedeutende gesellschaftliche Barriere, die psychischer Gesundheit bei Menschen mit IB entgegenwirkt. Dies deckt sich mit Befunden aus der Allgemeinbevölkerung. Insbesondere Kinder und Jugendliche (Armstrong et al., 2000; Hermann et al., 2022) sowie Angehörige von Minoritäten (Ali et al., 2023) thematisieren den aversiven Einfluss von Stigmatisierung psychischer Störungen. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zeigten die Ergebnisse anderer Studien, dass die Angst vor Stigmatisierung und Ablehnung Betroffene davon abhalten kann, sich anderen mitzuteilen oder angemessene Behandlungsangebote aufzusuchen (Bharadwaj et al., 2017; Holder et al., 2019). In jüngster Vergangenheit sind die Themen psychische Belastung und psychische Störungen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, begünstigt durch die Covid-19-Pandemie vermehrt Teil des gesellschaftlichen Diskurses und werden durch ministeriell geförderte Projekte wie ‚Gesund aus der Krise‘ (Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen & Österreichischer Berufsverband für Psychotherapie, 2023) oder der ‚Mental Health Awareness Week‘ (Mental Health Foundation, 2023) sichtbar gemacht. Dies ist prinzipiell als eine positive Entwicklung zu bewerten. Menschen mit IB, ihre

psychischen Belastungen und intersektionale Wirkmechanismen werden bisher jedoch nur selten im Rahmen dieses Diskurses adressiert. Hier bedarf es gezielter Aktivitäten, die sich dieser Lücke annehmen.

Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass das noch immer vorherrschende medizinische Modell von Behinderung sowie Diskriminierung von Menschen mit IB wesentliche gesellschaftliche Barrieren darstellen, die psychischer Gesundheit von Menschen mit IB entgegenwirken. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Literatur. Trotz politischer Bestrebungen sind Menschen mit IB noch immer häufig mit negativen Einstellungen und Diskriminierung in der Gesellschaft konfrontiert, wobei uninformierte Vorstellungen von IB zur Diskriminierung beitragen (Seewooruttun & Scior, 2014). Darüber hinaus stellten die Ergebnisse einer Metaanalyse einen moderat negativen Zusammenhang zwischen sozialer Stigmatisierung und psychischer Gesundheit marginalisierter Personen fest (Mak et al., 2007). Einer anderen Studie zufolge wirkte sich weniger Diskriminierungserfahrung positiv auf die psychische Gesundheit marginalisierter Gruppen (Lyons et al., 2013) wie Menschen mit IB (Alexander et al., 2020; Pelleboer-Gunnink et al., 2019) aus. Hinsichtlich der vorherrschenden Vorstellung von IB zeigten die Ergebnisse einer Studie, dass das soziale Modell von Behinderung in Österreich noch nicht verwirklicht ist (Zeilinger et al., 2020). Diesbezüglich merkt der Unabhängige Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2020) an, dass seit der letzten Staatenprüfung zur Umsetzung der UN-BRK im Jahr 2013 keine wirksamen Kampagnen zur Bewusstseinsbildung und Vermittlung der Inhalte der UN-BRK in Österreich durchgeführt wurden. Dabei zeigten Befunde eines Reviews, dass bewusstseinsbildende Interventionen die Einstellung der Allgemeinbevölkerung zu Menschen mit IB verbessern können (Seewooruttun & Scior, 2014). Besonders wirksam sei der Kontakt zu Menschen mit IB sowie Interventionen, die zumindest teilweise von Menschen mit IB durchgeführt wurden und darauf abzielten, das Wissen über IB durch Aufklärung zu verbessern.

Eine weitere Barriere stelle aus Sicht der Teilnehmer:innen die Unterversorgung mit angemessenen Gesundheitsangeboten und Informationen zu psychischer Gesundheit für Menschen mit IB dar. Dies deckt sich mit den Befunden der Literatur. Wie eingangs erwähnt ist das Gesundheitssystem für Menschen mit IB nur schwer zugänglich (Griebler et al., 2021; Häßler et al., 2021; Sappok & Steinhart, 2021). Obwohl Kickbusch et al. (2013) Gesundheitswissen als eine wichtige Determinante für Gesundheit benennt, stehen Menschen mit IB nur wenige Angebote zur Gesundheitsförderung oder Steigerung der Gesundheitskompetenz zur Verfügung (Latteck & Bruland, 2020). Die Studienlage zu Gesundheitsförderungsprogrammen für Menschen mit IB bezieht sich fast ausschließlich auf somatische Aspekte von Gesundheit (Burtscher et al., 2017; Scott & Haverkamp, 2016),

insbesondere Ernährung und Bewegung (Kuijken et al., 2020; Naaldenberg et al., 2013; Overwijk et al., 2022; Scott & Haverkamp, 2016). Hinsichtlich psychischer Gesundheit sind nach derzeitigem Stand lediglich zwei Programme bekannt, die sich auf die Entwicklung angemessener Coping-Strategien fokussieren (McDermott et al., 2022; Special Olympics Healthy Athletes, 2023) und sich teilweise noch in der Entwicklung befinden (McDermott et al., 2022). Umfassende Informationsmaterialien zu psychischer Gesundheit, die an die Bedürfnisse von Menschen mit IB angepasst sind (z.B. Leichte Sprache, bildliche Unterstützung), sind bisher nicht ausreichend vorhanden. Dies deckt sich mit den Befunden der vorliegenden Arbeit. Materialien, die diesen Ansprüchen entsprechen, fokussieren sich vornehmlich auf psychische Störungen, Behandlungssettings oder Kurzinterventionen (Sappok et al., 2021; Verein Nini & Verein Leicht Lesen, o.D.). Dabei ist aus der Allgemeinbevölkerung bekannt, dass Personen, die über ein Konzeptverständnis von psychischer Gesundheit verfügen, begünstigende Faktoren jener leichter erkennen und diese gezielt aufsuchen können (Barry, 2009; Barry & Jenkins, 2007). Es bedarf daher gezielter Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit und Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz von Menschen mit IB.

Implikationen für die Praxis

Die vorliegende Masterthese liefert einen vielfältigen Einblick in das Verständnis, die Sichtweisen und Perspektiven von Menschen mit IB auf psychische Gesundheit und geht dabei auf konzeptionelle Vorstellungen, psychisch gesunderhaltende Faktoren sowie gesellschaftliche Barrieren aus der Sicht von Selbstvertreter:innen ein. Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen dabei eine Vielzahl an Möglichkeiten auf, die psychische Gesundheit von Menschen mit IB langfristig zu erhalten und zu fördern.

Auf einer gesellschaftspolitischen Ebene weisen die Studienergebnisse auf die hohe Relevanz gesellschaftlicher Perspektiven und Einstellungen zu Behinderungen für die psychische Gesundheit von Menschen mit IB hin. Dies legt den Bedarf an sensibilisierenden und bewusstseinsfördernden Maßnahmen nahe, die sich insbesondere auf die Verbreitung des sozialen Modells von Behinderung fokussieren. Um die Sichtbarkeit von Menschen mit IB im Alltag zu erhöhen und gleichzeitig Vorurteile abzubauen, erscheint zudem das Schaffen niedrigschwelliger Begegnungsräume für Menschen mit und ohne IB sinnvoll. Darüber hinaus sind klare Bestrebungen zur Förderung der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit IB (z.B. in den Bereichen Wohnen und Arbeiten) sowie eines Anspruches auf bedarfsgerechte Unterstützung und passende persönliche Assistenz nötig, um dem in dieser Studie vielfach genannten Bedürfnis nach vollumfassender Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gerecht werden zu können.

Auf gesundheitspolitischer Ebene geben die Einblicke in die Perspektiven der Selbstvertreter:innen auf psychische Gesundheit die Möglichkeit, Angebote zur psychischen

Gesundheitsförderung und Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz zu entwickeln, die an das Vorwissen und die Bedürfnisse von Menschen mit IB angepasst sind. Neben der hohen Nachfrage nach Informationsmaterialien in Leichter Sprache zu psychischer Gesundheit weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie auf einen Bedarf an niedrigschwelligen und leicht zugänglichen psychosozialen Angeboten hin, die die soziale Realität von Menschen mit IB angemessen berücksichtigen und psychoedukative Elemente (z.B. Abgrenzung psychische Gesundheit/psychische Störung, Grenzen erkennen und kommunizieren, auf sich selbst achten) beinhalten. Menschen mit IB sollten dabei aktiv in die Gestaltung und Entwicklung entsprechender Angebote einbezogen werden und diese im Idealfall co-anleiten.

Psychische Gesundheit wird durch die Wechselwirkung individueller Merkmale, sozialer Umstände und Umweltfaktoren aktiv beeinflusst (WHO, 2012). Entsprechend können sich Veränderungen der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen auf die individuelle psychische Gesundheit von Menschen mit IB auswirken. Aus diesem Grund sollte sichergestellt werden, dass Menschen mit IB und ihr soziales Umfeld über diese Entwicklungen informiert sind und niedrigschwellig Zugang zu den Angeboten und Informationsmaterialien erhalten.

Stärken und Limitationen dieser Studie

Diese Masterthese ist eine der ersten Studien, die die Ansichten von Menschen mit IB zu psychischer Gesundheit erfasst und dabei ein inklusives Design verwendet. Die aus dieser Studie gewonnenen Ergebnisse liefern darüber hinaus einen Beitrag zur Entwicklung von Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit und Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz, die an das Vorwissen und die Bedürfnisse von Menschen mit IB angepasst sind.

Die während der Studie verwendeten Materialien erwiesen sich als hilfreich, um die subjektiven Vorstellungen von psychischer Gesundheit der Selbstvertreter:innen zu visualisieren und alle Teilnehmer:innen aktiv an der Diskussion zu beteiligen. Insbesondere die zu Beginn und zum Ende im Rahmen der Befindlichkeitsrunde verwendeten Bildkarten haben sich als guter Gesprächsanstoß erwiesen und das Interesse der Teilnehmer:innen geweckt.

Bei der Interpretation dieser Studie müssen mehrere Faktoren in Betracht gezogen werden. Die Datenauswertung folgte einer datengeleiteten, induktiven Ausrichtung der reflexiven thematischen Analyse, um die Sprache und Sichtweise der Studienteilnehmer:innen zu erhalten. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Datenauswertung aufgrund von Kenntnissen über die Fachliteratur und daraus abgeleiteter Erwartungen beeinflusst wurde. Um dem bestmöglich vorzubeugen, wurden bei der Erstellung des teilstrukturierten Leitfadens, während der Durchführung der Fokusgruppen

und der anschließenden Datenanalyse versucht, die eigenen Gedanken und Erwartungen durch das regelmäßige Schreiben von Memos zu erkennen und kritisch zu reflektieren.

Aufgrund der geringen Teilnehmer:innenzahl, des qualitativen Studiendesigns und der Selbstselektion der Teilnehmer:innen sind die Ergebnisse der Studie nicht auf die Gesamtheit der Menschen mit IB generalisierbar. Menschen mit IB sind eine heterogene Gruppe und unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Fähigkeiten (intellektuell, sprachlich und adaptiv) und Erfahrungen voneinander. Das Format der Fokusgruppen ist hingegen ein sprachbasiertes, das ein Mindestmaß an sprachlichem Ausdruck und die Fähigkeit, die eigenen Ideen oder Gedanken sprachlich mitzuteilen, voraussetzt. Menschen mit schweren oder tiefgreifenden IB sind von diesem Format systematisch ausgeschlossen. Über ihre Perspektive auf psychische Gesundheit kann im Rahmen dieser Studie keine Aussage getroffen werden. Hinzu kommt, dass die Rekrutierung in Selbstvertretungskreisen stattfand. Selbstvertreter:innen sind die ‚Elite‘ unter den Menschen mit IB und sind es gewohnt, in Gruppen über komplexe, gesellschaftlich relevante Themen zu sprechen, was die Ergebnisse zusätzlich beeinflusst haben könnte.

Neben einem Einblick in die Perspektiven von Menschen mit IB auf psychische Gesundheit, hatte diese Studie zum Ziel, ein inklusives Forschungsdesign zu realisieren. Im Idealfall sind Menschen mit IB in den gesamten Forschungsprozess (inkl. Datenauswertung, -interpretation, Publikation und Dissemination) als gleichberechtigte Partner:innen eingebunden. Ein vollumfänglicher Einbezug von Menschen mit IB als Co-Forscher:innen in dieser Studie war aufgrund der zeitlich begrenzten Ressourcen nicht möglich und hätte den Rahmen einer Masterthese überschritten. Die eingerichtete Beratungsgruppe bestehend aus zwei Selbstvertreter:innen stellt einen vor diesem Hintergrund umsetzbaren Kompromiss dar.

Ausblick

Um generalisierbare Aussagen für die Gesamtpopulation der Menschen mit IB treffen zu können, sollten künftige qualitative Studien auf Basis von Stichproben durchgeführt werden, die sich nicht alleinig aus Selbstvertreter:innen zusammensetzen. Insbesondere unterrepräsentierte Subpopulationen wie Menschen mit schweren oder tiefgreifenden IB sowie Menschen mit zusätzlicher Sinnesbeeinträchtigung sollten dabei explizit im Fokus stehen, da sich ihr Erleben maßgeblich von dem der Menschen mit leichten und moderaten IB unterscheidet. Zusätzlich könnte die Berücksichtigung der individuellen Entwicklungsprofile der Studienteilnehmer:innen differenziertere Aussagen vor dem Hintergrund sprachlicher, intellektueller und adaptiver Entwicklung ermöglichen und langfristig eine Grundlage für maßgeschneiderte Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz ermöglichen.

Darüber hinaus sollten künftige Studien konsequent einem inklusiven Forschungsansatz folgen und Menschen mit IB als gleichberechtigte Co-Forscher:innen in

den gesamten Forschungsprozess, inklusive Datenanalyse und Dissemination, einbeziehen. Dies erlaubt Wissenschaftler:innen gemeinsam mit Erfahrungsexpert:innen dem Anspruch nach zugänglichem Wissen und Forschung für alle gerecht zu werden und auf diese Weise Wissen zu generieren, das auf die spezifischen Bedürfnisse abgestimmt und in einer Sprache aufbereitet wird, die den Ansprüchen der Zielgruppe entspricht.

Die in dieser Masterthese gezeigte hohe Relevanz gesellschaftlicher Diskurse hinsichtlich Behinderungen legt nahe, ähnliche Studien auch außerhalb Österreichs durchzuführen und systematisch zu untersuchen, welchen Einfluss der gesellschaftspolitische Kontext, Sensibilisierung hinsichtlich Behinderungen sowie der Grad der Umsetzung der UN-BRK auf die Sichtweisen von Menschen mit IB auf psychische Gesundheit haben.

Fazit

Bisher mangelte es an qualitativen Beschreibungen psychischer Gesundheit aus der Sicht von Menschen mit IB. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Selbstvertreter:innen ein differenziertes Verständnis davon haben, was psychische Gesundheit bedeutet und in der Lage sind, psychisch gesunderhaltende Faktoren zu benennen sowie gesellschaftliche Barrieren aufzuzeigen, die den Erhalt psychischer Gesundheit gefährden. Dieser Befund stellt einen wertvollen Einblick in die Perspektive von Menschen mit IB dar und erlaubt die Entwicklung von Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung und Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz, die an das Vorwissen und die Bedürfnisse von Menschen mit IB angepasst sind. Darüber hinaus legen die Ergebnisse eine gesellschaftspolitische Dimension psychischer Gesundheit von Menschen mit IB sowie den Bedarf nach Informationsmaterialien in Leichter Sprache und niedrigschwelliger Angebote, die der sozialen Realität von Menschen mit IB gerecht werden, nahe.

Zusammenfassung einer Teilnehmer:in

Für mich ist Gesundheit das, wenn ich weiß, mir geht es gut, ich kann meine Ziele erreichen, so wie ich das möchte. Ich kann meine Kollegen und Freunde [sic] unterstützen und mir geht es nicht nur seelisch gut, sondern auch körperlich. Und ich kann wirklich tun und lassen, wie ich das möchte. Das ist für mich Gesundheit, wo ich sage, ich kann an der Gesellschaft teilnehmen, ich bin mitten drinnen und bin nicht irgendwie ausgegrenzt oder eingeschränkt. Das ist für mich Gesundheit, einfach überall dabei sein und das zu sagen und zu machen, wie ich es gerne hätte. Das ist für mich das Thema. So bin ich gesund und das ist für mich Gesundheit. (SV1)

Literaturverzeichnis

- Abma, T., Banks, A., Cook, T., Dias, S., Madsen, W., Springett, J. & Wright, M. T. (Hrsg.). (2019). *Participatory research for health and social well-being*. Springer.
- Alexander, R., Ravi, A., Barclay, H., Sawhney, I., Chester, V., Malcolm, V., Brolly, K., Mukherji, K., Zia, A., Tharian, R., Howell, A., Lane, T., Cooper, V. & Langdon, P. E. (2020). Guidance for the treatment and management of COVID-19 among people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17(3), 256–269. <https://doi.org/10.1111/jppi.12352>
- Ali, S., Harrichand, J. J. S., Shillingford, M. A. & Herbert, L. (2023). A qualitative investigation of Guyanese American perceptions of mental health. *The Professional Counselor*, 13(1), 1–16. <https://doi.org/10.15241/sa.13.1.1>
- APA. (2022). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (5th edition, text revision). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Armstrong, C., Hill, M. & Secker, J. (2000). Young people's perceptions of mental health. *Children & Society*, 14, 60–72. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2000.tb00151.x>
- Atanasova, D., Kotevko, N., Brown, B. & Crawford, P. (2019). Mental health and the media: From illness to wellbeing. *Sociology Compass*, 13(5), e12678. <https://doi.org/10.1111/soc4.12678>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Barry, M. M. & Jenkins, R. (2007). *Implementing mental health promotion*. Churchill Livingstone/Elsevier.
- Beail, N. & Williams, K. (2014). Using qualitative methods in research with people who have intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 85–96. <https://doi.org/10.1111/jar.12088>
- Beaily, D.-A., Ford, L. & Knight, V. F. (2022). Exploring perceptions of positive mental health in young adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35, 160–169. <https://doi.org/10.1111/jar.12932>
- Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen & Österreichischer Berufsverband für Psychotherapie. (2023). *Gesund aus der Krise*. Abgerufen am 15. August 2023, von <https://www.gesundausderkrise.at/>
- Bharadwaj, P., Pai, M. M. & Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 159, 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2017.06.028>
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, G. V. & Stefánsdóttir, Á. (2015). 'It's my life': autonomy and people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(1), 5–21. <https://doi.org/10.1177/1744629514564691>

- Blackman, N. J. (2003). Grief and intellectual disability. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(1-2), 253–263. https://doi.org/10.1300/J083v38n01_09
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage Publications.
- Brickell, C. & Munir, K. M. (2008). Grief and its complications in individuals with intellectual disability. *Havard Review of Psychiatry*, 16(1), 1–12.
- Buchner, T., Koenig, O. & Schuppener, S. (Hrsg.). (2016). *Inklusive Forschung: Gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten forschen*. Verlag Julius Klinkhardt.
- Buljevac, M., Milić Babić, M. & Leutar, Z. (2022). 'You don't have to tell me in person I'm not to your liking': Experiences of discrimination of people with intellectual disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 69(3), 837–852. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1736522>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2012). *Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich*. Wien. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Burtscher, R., Allweiss, T., Perowanowitsch, M. & Rott, E. (2017). *Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten: Leichter lernen mit dem Projekt GESUND!* (2. aktualisierte Auflage). vdek.
- Capri, C. & Swartz, L. (2018). 'We are actually, after all, just children': caring societies and South African infantilisation of adults with intellectual disability. *Disability & Society*, 33(2), 285–308. <https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1409102>
- Carey, M. A. (1994). The group effect in focus groups: Planning, implementing, and interpreting focus group research. In J. M. Morse (Hrsg.), *Critical issues in qualitative research methods* (S. 225–241). SAGE.
- Caritas Österreich. (2022). *Persönliche Assistenz für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen*. Caritas Österreich.
- Carlson, L. (2010). *The faces of intellectual disabilities: Philosophical reflections*. Indiana University Press.
- Chukwu, N. E., Okoye, U. O., Onyeneho, N. G. & Okeibunor, J. C. (2019). Coping strategies of families of persons with learning disability in Imo state of Nigeria. *Journal of health, population, and Nutrition*, 38(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0168-2>
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Praevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27–32. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483>

- Davidson, T., Smith, H. & Burns, J. (2014). The impact of cognitive assessment on the identity of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 42(3), 185–192. <https://doi.org/10.1111/bld.12027>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Decima Research. (2008). *Public views on mental health and resilience 2007 public opinion survey*. Ottawa. Canadian Institute for Health Information.
- Delgado, C., Evans, A., Roche, M. & Foster, K. (2022). Mental health nurses' resilience in the context of emotional labour: An interpretive qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(5), 1260–1275. <https://doi.org/10.1111/inm.13037>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Springer.
- Dorozenko, K. P., Roberts, L. D. & Bishop, B. (2015). The identities and social roles of people with an intellectual disability: Challenging dominant cultural worldviews, values and mythologies. *Disability & Society*, 30(9), 1345–1364. <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1093461>
- Emerson, E., Felce, D. & Stancliffe, R. J. (2013). Issues concerning self-report data and population-based data sets involving people with intellectual disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(5), 333–348. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.5.333>
- Farin-Glattacker, E., Kirsching, S., Meyer, T. & Buschmann-Steinhage, R. (2014). *Partizipation an der Forschung - eine Matrix zur Orientierung*. Ausschuss "Reha-Forschung" der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW).
- Felce, D., Cohen, D., Willner, P., Rose, J., Kroese, B., Rose, N., Shead, J., Jahoda, A., MacMahon, P., Lammie, C., Stimpson, A., Woodgate, C., Gillespie, D., Townson, J., Nuttall, J. & Hood, K. (2015). Cognitive behavioural anger management intervention for people with intellectual disabilities: costs of intervention and impact on health and social care resource use. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(1), 68–81. <https://doi.org/10.1111/jir.12112>
- Frankena, T. K., Naaldenberg, J., Cardol, M., Garcia Iriarte, E., Buchner, T., Brooker, K., Embregts, P. J. C. M., Joosa, E., Crowther, F., Fudge Schormans, A., Schippers, A., Walmsley, J., O'Brien, P., Linehan, C., Northway, R., van Schrojenstein-Lantman de Valk, H. M. J. & Leusink, G. (2019). A consensus statement on how to conduct inclusive health research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/jir.12486>

- Fraser, M. & Fraser, A. (2008). Are people with learning disabilities able to contribute to focus groups on health promotion? *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 225–233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2001.01657.x>
- Frith, H. (2000). Focusing on sex: Using focus group in sex reserach. *Sexualities*, 3, 275–297.
- Fulford, C. & Cobigo, V. (2018). Friendships and intimate relationships among people with intellectual disabilities: A thematic synthesis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(1), e18-e35. <https://doi.org/10.1111/jar.12312>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., Micheli, A. de, Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C. & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Geukes, C., Bruland, D. & Latteck, Ä.-D. (2018). Health literacy in people with intellectual disabilities: A mixed-method literature review. *Kontakt*, 20(4), e416-e423. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.10.008>
- Glasenapp, J. (2019). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung: Änderungen der Richtlinie machen den Weg frei zu einer verbesserten Versorgung. *Projekt Psychotherapie*(2), 12–14.
- Goeke, S. (2016). Zum Stand, den Ursprüngen und zukünftigen Entwicklungen gemeinsamen Forschens im Kontext von Behinderung. In T. Buchner, O. Koenig & S. Schuppener (Hrsg.), *Inklusive Forschung: Gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten forschen* (S. 37–53). Verlag Julius Klinkhardt.
- Gordon, P. A., Tantillo, J. C., Feldmann, D. & Perrone, K. M. (2004). Attitudes regarding interpersonal relationships with persons with mental illness and mental retardation. *Journal of Rehabilitation*, 70(1), 50–56.
- Griebler, R., Griebler, U., Weber, G., Trampert, A., Sunder-Plassmann, V., Klerings, I. & Leuprecht, E. (2021). *Gesundheitliche Situation von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen: Eine systematische Literaturübersicht*. Wien. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Guest, G., Namey, E. & McKenna, K. (2017). How many focus groups are enough? Building an evidence base for nonprobability sample sizes. *Field Methods*, 29(1), 3–22. <https://doi.org/10.1177/1525822X16639015>
- Hall, S., McKinstry, C. & Hyett, N. (2016). Youth perceptions of positive mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(8), 475–483. <https://doi.org/10.1177/0308022616632775>

- Hamelin, J., Travis, R. & Sturmey, P. (2013). Anger management and intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(1), 60–70. <https://doi.org/10.1080/19315864.2011.637661>
- Häßler, F., Caby, F., Hoffmann, K., Irblich, D., Mall, V., Mendes, U. & Romanos, M. (Hrsg.). (2021). *S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung* (AWMF-Register Nr. 028-042).
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). VS Verlag.
- Hermann, V., Durbeej, N., Karlsson, A.-C. & Sarkadi, A. (2022). 'Feeling down one evening doesn't count as having mental health problems'-Swedish adolescents' conceptual views of mental health. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.15496>
- Herron, S. & Trent, D. R. (2000). Mental health: A secondary concept to mental illness. *Journal of Public Mental Health*, 2(2), 29–38. <https://doi.org/10.1108/17465729200000014>
- Heslop, P., Blair, P. S., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A. & Russ, L. (2014). The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *The Lancet*, 383(9920), 889–895. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62026-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62026-7)
- Holder, S. M., Peterson, E. R., Stephens, R. & Crandall, L. A. (2019). Stigma in mental health at the macro and micro levels: Implications for mental health consumers and Professionals. *Community Mental Health Journal*, 55(3), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0308-y>
- Hosking, F., Carey, I., Shalt, S., Harris, T., DeWilde, S., Beighton, C. & Cook, D. (2016). Mortality among adults with intellectual disability in England: Comparisons with the general population. *American Journal of Public Health*, 106(8), 1483–1490. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303240>
- Iasiello, M., van Agteren, J. & Cochrane, E. M. (2020). Mental health and/or mental illness: A scoping review of the evidence and implications of the dual-continua model of mental health. *Evidence Base*, 2020(1), 1–45. <https://doi.org/10.21307/eb-2020-001>
- Jackson-Jordan, E. A. (2013). Clergy burnout and resilience: A review of the literature. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 67(1), 1–5. <https://doi.org/10.1177/154230501306700103>
- Johansson, A., Brunnberg, E. & Eriksson, C. (2007). Adolescent girls' and boys' perceptions of mental health. *Journal of Youth Studies*, 10(2), 183–202. <https://doi.org/10.1080/13676260601055409>

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164–2172. <https://doi.org/10.2105/AJPH>.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F. & Tsouros, A. (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO. Regional Office for Europe.
- Kinnear, D., Morrison, J., Allan, L., Henderson, A., Smiley, E. & Cooper, S. A. (2018). Prevalence of physical conditions and multimorbidity in a cohort of adults with intellectual disabilities with and without Down syndrome: cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(2), e018292. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018292>
- Köchling, G. & Burtscher, R. (2021). Die Arbeitsweise der Prüfgruppe. In T. Sappok, R. Burtscher & A. Grimmer (Hrsg.), *Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit: Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache* (S. 43–45). hogrefe.
- Komenda, S., Brunevskaya, N., Moritz, P., Landskron, S. J., Zrnic Novakovic, I., Oberleitner, S., Wurzer, J., Lueger-Schuster, B., Salvador-Carulla, L. & Zeilinger, E. L. (2023). Concepts of good mental health and wellbeing in people with intellectual disability: Study protocol for a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1148702. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1148702>
- Krahn, G. L., Hammond, L. & Turner, A. (2006). A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 70–82. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20098>
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2007). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis* (2., aktualisierte Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kufner, K. (2015). Wie behandeln wir Menschen mit einer Intelligenzminderung? *Projekt Psychotherapie*(2), 18–21.
- Kuijken, N. M. J., Naaldenberg, J., Anrooij, K. V.-v., Sanden, M. W. G. N.-v. d., van Schrojenstein, H. M. J., Valk, L.-d. & Leusink, G. (2020). Integrating health promotion in the everyday life of people with intellectual disability - The extent to which current initiatives take context into account. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 58(2), 170–179. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-58.2.170>
- Kuijken, N. M. J., Naaldenberg, J., Nijhuis-van der Sanden, M. W. & van Schrojenstein-Lantman de Valk, H. M. J. (2016). Healthy living according to adults with intellectual disabilities: Towards tailoring health promotion initiatives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(3), 228–241. <https://doi.org/10.1111/jir.12243>

- Kurowska, A., Kózka, M. & Majda, A. (2021). 'How to cope with stress?' Determinants of coping strategies used by parents raising children with intellectual disabilities, other developmental disorders and typically developing children. A cross-sectional study from Poland. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 14(1), 23–49. <https://doi.org/10.1080/19315864.2020.1832166>
- Latteck, Ä.-D. & Bruland, D. (2020). Inclusion of people with intellectual disabilities in health literacy: Lessons learned from three participative projects for future initiatives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072455>
- Lebenshilfe Österreich. (2017). *Selbstbestimmt leben mit Persönlicher Assistenz: Dialogpapier*. Wien. Lebenshilfe Österreich.
- Logeswaran, S., Hollett, M., Zala, S., Richardson, L. & Scior, K. (2019). How do people with intellectual disabilities construct their social identity? A review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(3), 533–542. <https://doi.org/10.1111/jar.12566>
- Lyons, A., Pitts, M. & Grierson, J. (2013). Factors related to positive mental health in a stigmatized minority: An investigation of older gay men. *Journal of Aging and Health*, 25(7), 1159–1181. <https://doi.org/10.1177/0898264313495562>
- Mak, W. W. S., Poon, C. Y. M., Pun, L. Y. K. & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65(2), 245–261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.015>
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T. & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a Meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419–436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Mayrhofer, H., Schachner, A., Mandl, S. & Seidler, Y. (2019). *Erfahrungen und Prävention von Gewalt an Menschen mit Behinderungen*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Mazza, M., Rossetti, A., Crespi, G. & Clerici, M. (2020). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(2), 126–138. <https://doi.org/10.1111/jar.12654>
- McDermott, E., Jenkins, N., Hanna, H. & Morgan, T. (2022). Evaluating a pilot group based mental health promotion programme adapted for young people with intellectual disabilities: The "Healthy Me" programme. *BJPsych Open*, 8(1), 140–140. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.406>
- McKenzie, K., Milton, M., Smith, G. & Ouellette-Kuntz, H. (2016). Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: Current trends and issues.

- Current Developmental Disorders Reports*, 3(2), 104–115.
<https://doi.org/10.1007/s40474-016-0085-7>
- Mental Health Foundation. (2023). *Mental Health Awareness Week 2023*. Abgerufen am 15. August 2023, von <https://www.mentalhealth.org.uk/our-work/public-engagement/mental-health-awareness-week>
- Moore, C. (1987). *Group techniques for idea building*. Sage Publications.
- Munde, V. & Tillmann, V. (2022). Partizipative Forschung: Umsetzungsbeispiele und Zukunftsperspektiven. *Teilhabe*, 61(2), 74–80.
- Munir, K. M. (2016). The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(2), 95–102. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000236>
- Naaldenberg, J., Kuijken, N. M. J., van Dooren, K. & van Schrojenstein-Lantman de Valk, H. M. J. (2013). Topics, methods and challenges in health promotion for people with intellectual disabilities: A structured review of literature. *Research in Developmental Disabilities*, 34(12), 4534–4545. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.029>
- Netzwerk Selbstvertretung Österreich. (o.D.). *Mensch Zuerst*. Abgerufen am 15. August 2023, von <https://www.selbst-vertretung.at/mensch-zuerst/>
- Nowotny, M., Spath-Dreyer, I., Füreder, H., Grabenhofer-Eggerth, A. & Griebler, R. (2015). *Psychische Gesundheit - Definitionen und Ableitungen eines Wirkmodells: Ergebnisbericht*. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.
- Oliver, M. (1981). A new model of the social work role in relation to disability. In J. Campling (Hrsg.), *The handicapped person: A new perspective for social workers* (S. 19–32). RADAR.
- Olkin, R. (2002). Could you hold the door for me? Including disability in diversity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(2), 130–137.
<https://doi.org/10.1037/1099-9809.8.2.130>
- Österreichischer Behindertenrat. (2023). *Persönliche Assistenz ist kein Luxus!* Österreichischer Behindertenrat. Abgerufen am 15. August 2023, von <https://www.behindertenrat.at/projekte/persoenuliche-assistenz/>
- Overwijk, A., Hilgenkamp, T. I. M., van der Schans, C. P., van der Putten, A. A. J. & Waninge, A. (2022). Development of a Dutch training/education program for a healthy lifestyle of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 60(2), 163–177. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-60.2.163>
- Owen, A., Arnold, K., Friedmann, C. & Sandman, L. (2016). Nominal group technique: An accessible and interactive method for conceptualizing the sexual self-advocacy of adults with intellectual and developmental disabilities, 15(2), 175–189.
<https://doi.org/10.1177/1473325015589803>

- Panicker, A. S. & Ramesh, S. (2019). Psychological status and coping styles of caregivers of individuals with intellectual disability and psychiatric illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/jar.12496>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and reserach methods* (2.nd ed.). Sage Publications Inc.
- Pavis, S., Masters, H. & Cunningham-Burley, S. (1996). *Lay concepts of positive mental health and how it can be maintained*. Health Education Board.
- Pelleboer-Gunnink, H. A., van Weeghel, J. & Embregts, P. J. C. M. (2019). Public stigmatisation of people with intellectual disabilities: A mixed-method population survey into stereotypes and their relationship with familiarity and discrimination. *Disability and Rehabilitation*, 43(4), 489–497. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1630678>
- People First. (2004). *Was ist Selbstvertretung?* bidok. Abgerufen am 15. August 2023, von <http://www.bidok.uibk.ac.at/library/peoplefirst-selbstbestimmung.html>
- Percy, M., Brown, I. & Fung, W. L. (2017). Factors causing or contributing to intellectual and developmental disabilities. In M. L. Wehmeyer, I. Brown, M. Percy, W. L. Fung & Shogren, K., A. (Hrsg.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (2. Aufl., S. 175–194). Brookes Publishing.
- Public Health Agency of Canada. (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada, 2006*. Public Health Agency of Canada.
- Quarmby, K. (2008). *Getting away with murder: Disabled people's experiences of hate crime in the UK*. Scope.
- Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. Kindler Verlag.
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Kindler Verlag.
- Roll, A. E. (2018). Health promotion for people with intellectual disabilities - A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 422–429. <https://doi.org/10.1111/scs.12448>
- Santinele Martino, A. (2022). 'I don't want to get in trouble': A study of how adults with intellectual disabilities convert and navigate intellectual disability sexual fields. *Culture, Health & Sexuality*, 24(9), 1230–1242. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1942552>
- Santinele Martino, A. & Fudge Schormans, A. (2018). When good intentions backfire: University research ethics review and the intimate lives of people labeled with intellectual disabilities. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 19(3), 1–13. <https://doi.org/10.17169/FQS-19.3.3090>

- Sappok, T. (2023). "Ich bin zufrieden, meist glücklich.": Tanja Sappok im Gespräch mit Fabian Neitzel. In T. Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis* (2. Aufl., S. 75–76). Kohlhammer.
- Sappok, T., Burtscher, R. & Grimmer, A. (Hrsg.). (2021). *Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit: Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache*. hogrefe.
- Sappok, T., Georgescu, D. & Weber, G. (2023). Intellektuelle Entwicklungsstörung - Überlegungen zur Begrifflichkeit. In T. Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis* (2. Aufl., S. 17–23). Kohlhammer.
- Sappok, T. & Steinhart, I. (2021). Leave no one behind: Kognitiv beeinträchtigt und (psychisch) krank – eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. *Psychiatrische Praxis*, 48(03), 115–118. <https://doi.org/10.1055/a-1400-1746>
- Schalock, R. L., Luckasson, R. & Tassé, M. J. (2021). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- Scheffers, F., van Vugt, E. & Moonen, X. (2020). Resilience in the face of adversity in adults with an intellectual disability: A literature review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 828–838. <https://doi.org/10.1111/jar.12720>
- Schossleitner, K., Berger, E., Schmalhofer, A. & Weber, G. (2023). Die psychosoziale und psychiatrische Versorgung in Österreich. In T. Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis* (2. Aufl., S. 568–572). Kohlhammer.
- Scott, H. M. & Haverkamp, S. M. (2016). Systematic review of health promotion programs focused on behavioral changes for people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(1), 63–76. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.1.63>
- Seewooruttun, L. & Scior, K. (2014). Interventions aimed at increasing knowledge and improving attitudes towards people with intellectual disabilities among lay people. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3482–3495. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.028>
- Special Olympics Healthy Athletes. (2023). *Strong Minds - das Programm zum psychischen Wohlbefinden*. Special Olympics Healthy Athletes. Abgerufen am 15. August 2023, von <https://www.resources.specialolympics.org/health/strong-minds>
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. & Rook, D. W. (2007). *Focus groups: Theory and practice* (2nd edition). Sage Publications.
- Sturmey, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(4), 222–232. <https://doi.org/10.1002/cpp.409>

- Tilley, E., Strnadová, I., Danker, J., Walmsley, J. & Loblinzk, J. (2020). The impact of self-advocacy organizations on the subjective well-being of people with intellectual disabilities: A systematic review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(6), 1151–1165. <https://doi.org/10.1111/jar.12752>
- Trent, D. R. (1992). The promotion of mental health: Fallacies of current thinking. In D. R. Trent & C. Reed (Hrsg.), *Promotion of mental health* (S. 561–568). Avebury.
- Trevisan, F. (2021). Making focus groups accessible and inclusive for people with communication disabilities: A research note. *Qualitative Research*, 21(4), 619–627. <https://doi.org/10.1177/1468794120941846>
- Tuffrey-Wijne, I., Bernal, J., Butler, G., Hollins, S. & Curfs, L. (2007). Using Nominal Group Technique to investigate the views of people with intellectual disabilities on end-of-life care provision. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 80–89.
- Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. (2020). *Schattenbericht zur List of Issues anlässlich der anstehenden Staatenprüfung durch den UN-Fachausschuss*. Wien.
- Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.
- Underhill, C. & Olmsted, M. G. (2013). An experimental comparison of computer-mediate and face-to-face focus groups. *Social Sciences Computer Review*, 21, 506–512.
- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities (A/RES/61/106)*. United Nations.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development (A/RES/70/1)*. United Nations.
- United Nations. (2020). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/44/48)*. United Nations.
- United Nations. (2023). *Convention on the rights of persons with disabilities*. United Nations. Abgerufen am 15. August 2023, von <https://www.social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd>
- van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J. C. M. & Hendriks, A. H. C. (2013). Structural and functional characteristics of the social networks of people with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(4), 1280–1288. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.012>
- van der Cruisen, A. & Jansen, H. (2020). *This is how you collaborate in research! Our experiences as co-researchers with an intellectual disability*. Easy read dissertation.

- van Herwaarden, A., Peters-Scheffer, N. & Didden, R. (2022). Eudaimonic well-being in individuals with mild to moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 128, 104273. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104273>
- Vansteenkiste, M., Ryan, R. M. & Soenens, B. (2020). Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*, 44(1), 1–31. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09818-1>
- VERBI Software. (2022). *MAXQDA 2022 [Computer software]*. VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH. Berlin.
- Verein Ninilil & Verein Leicht Lesen. (o.D.). *Kraft-Rucksack: Für Frauen* mit Gewalt-Erfahrung*. Abgerufen am 15. August 2023, von www.kraft-rucksack.at
- Vlot-van Anrooij, K., Frankena, T. K., van der Cruisen, A., Jansen, H., Naaldenberg, J. & Bevelander, K. E. (2022). Shared decision making in inclusive research: Reflections from an inclusive research team. *British Journal of Learning Disabilities*, 50(4), 554–563. <https://doi.org/10.1111/bld.12450>
- von Unger, H. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Springer.
- Walmsley, J. & Johnson, K. (2003). *Inclusive research with people with learning disabilities: Past, present and futures*. Jessica Kingsley.
- Walmsley, J., Strnadová, I. & Johnson, K. (2018). The added value of inclusive research. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(5), 751–759. <https://doi.org/10.1111/jar.12431>
- Weber, G. (2018). *Memorandum zur Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz von Menschen mit intellektuellen Behinderungen in Österreich: Abschließend erarbeitet im Rahmen der Tagung „Gesundheit ohne Barrieren“ vom 12. und 13. September 2018 (Campus Universität Wien)*. Wien. Universität Wien; Lebenshilfe Österreich.
- Weber, G., Bertelli, M. O., Deb, S., Bakare, M. O., Kwok, H. W. M. & Parmenter, T. R. (2022). Educational and Training Opportunities. In M. O. Bertelli, S. Deb, K. M. Munir, A. Hassiotis & L. Salvador-Carulla (Hrsg.), *Textbook of Psychiatry for Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorder* (S. 870–886). Springer.
- Weber, G. & Rojahn, J. (2019). Intellektuelle Beeinträchtigungen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl., 364-381). Springer.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva. WHO.
- WHO. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, and practice*. A report of the Mental Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. WHO.

- WHO. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Background paper by the WHO Secretary for the development of a comprehensive mental health action plan. WHO.
- WHO. (2019a). *International classification of diseases* (11th revision).
- WHO. (2019b). *Mental health, disability and human rights: WHO QualityRights core training - for all services & all people*. Course Guide. WHO.
- WHO. (2019c). *Psychische Gesundheit*. Faktenblatt. WHO.
- WHO & Weltbank. (2011). *World report on disability*. Geneva. WHO; Weltbank.
- Wibeck, V., Dahlgren, M. A. & Öberg, G. (2007). Learning in focus groups. *Qualitative Research*, 7(2), 249–267. <https://doi.org/10.1177/1468794107076023>
- Wilkinson, S. (1998). Focus group methodology: a review. *International Journal of Social Research Methodology*, 1, 181–203.
- Wilkinson, S. (1999). Focus groups: A feminist method. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 221–244.
- Young-Southward, G., Cooper, S.-A. & Philo, C. (2017). Health and wellbeing during transition to adulthood for young people with intellectual disabilities: A qualitative study. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 94–103. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.09.003>
- Zeilinger, E. L. & Schossleitner, K. (2019). Psychische Gesundheit und psychische Gesundheitsversorgung von Menschen mit intellektuellen Behinderungen in Österreich. *Psychologie in Österreich*, 15(1 & 2), 44–52.
- Zeilinger, E. L., Stiehl, K. A. M., Bagnall, H. & Scior, K. (2020). Intellectual disability literacy and its connection to stigma: A multinational comparison study in three European countries. *PloS one*, 15(10), e0239936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239936>
- Zhang, J., Cheng, W., Liu, Z., Zhang, K., Lei, X., Yao, Y., Becker, B., Liu, Y., Kendrick, K. M., Lu, G. & Feng, J. (2016). Neural, electrophysiological and anatomical basis of brain-network variability and its characteristic changes in mental disorders. *Brain*, 139(Pt 8), 2307–2321. <https://doi.org/10.1093/brain/aww143>
- Zwack, J. & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine*, 88(3), 382–389. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318281696b>

Abkürzungsverzeichnis

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
APA	American Psychiatric Association
BPNT	Basic Psychological Needs Theory, dt. Theorie der psychologischen Grundbedürfnisse
DID	Disorders of Intellectual Development
DSM-5-TR	fünfte, revidierte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IB	intellektuelle Behinderungen
ICD-11	11. Revision der International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IDD	Intellectual Development Disorder
IQ	Intelligenzquotient
SDGs	Sustainable Development Goals
TA	reflexive thematische Analyse
UN-BRK	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WHO	World Health Organization

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einteilung der Schweregraden nach ICD-11 (WHO, 2019a)	7
Tabelle 2: Charakteristika der Studienteilnehmer:innen	20
Tabelle 3: Das Thema psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konstrukt untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten	95
Tabelle 4: Das Thema komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten	97
Tabelle 5: Das Thema Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten	98
Tabelle 6: Das Thema Bedeutung des Zugangs zu sich selbst untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten	100
Tabelle 7: Das Unterthema Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten	101
Tabelle 8: Das Thema Bedarf an Veränderungen und Aufklärung auf gesellschaftlicher Ebene untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten	102

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Prozessdarstellung der Beratungsgruppe	19
Abbildung 2: Übersicht über das Thema psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konstrukt mit seinen vier Unterthemen	26
Abbildung 3: Übersicht über das Thema komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit mit seinen drei Unterthemen	30
Abbildung 4: Übersicht über das Thema Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit mit seinen vier Unterthemen	33
Abbildung 5: Übersicht über das Thema Bedeutung des Zugangs zu sich selbst mit seinen vier Unterthemen	37
Abbildung 6: Übersicht über das Thema Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie mit seinen vier Unterthemen	42
Abbildung 7: Übersicht über das Thema Bedarf an Veränderungen und Aufklärung auf gesellschaftlicher Ebene mit seinen vier Unterthemen	45

Anhang

Anhang A: Abstract (deutsch)

Hintergrund: Während die erhöhte Prävalenz und potenzielle Risikofaktoren für psychische Störungen bei Menschen mit intellektuellen Behinderungen (IB) als gesichert gelten, ist hinsichtlich psychischer Gesundheit (z.B. psychisch gesunderhaltenden Faktoren) in dieser Personengruppe nur wenig bekannt. Insbesondere Arbeiten, die einen partizipativen Ansatz verfolgen, sind rar. Um dieser Wissenslücke zu begegnen, fokussiert sich diese Studie auf die Perspektiven von Menschen mit IB auf psychische Gesundheit.

Methodik: Im Rahmen des Selbstvertretungskongresses der Lebenshilfe Österreich wurden im Oktober 2022 zwei Fokusgruppen mit insgesamt 10 Teilnehmer:innen durchgeführt. Die moderierte Gruppendiskussion beinhaltete Fragen in Leichter Sprache zu Gesundheit und Krankheit, psychische Gesundheit und Zugang zu Informationen zu psychischer Gesundheit. Die Datenanalyse erfolgte mittels reflexiver thematischer Analyse. Um den sprachlichen Duktus des Materials zu erhalten, erfolgten Kodierung und Themenentwicklung einem induktiven Ansatz. Zwei Selbstvertreter:innen der Lebenshilfe Österreich unterstützten die Studie als Beratungsgruppe.

Ergebnisse: Die Analyse ergab sechs Themen zur Beschreibung psychischer Gesundheit aus der Sicht von Menschen mit IB. Diese sind psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konzept, der komplexe Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit, die Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit, die Bedeutung des Zugangs zu sich selbst, das Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie sowie der Bedarf an gesellschaftlicher Veränderung und offenem Diskurs.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Selbstvertreter:innen ein differenziertes Verständnis von psychischer Gesundheit haben. Dieser Befund stellt einen wertvollen Einblick in die Perspektive von Menschen mit IB dar und erlaubt die Entwicklung von Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung, die an das Vorwissen und die Bedürfnisse dieser Personengruppe angepasst sind.

Schlagworte: psychische Gesundheit, Fokusgruppen, Menschen mit intellektuellen Behinderungen, Selbstvertreter:innen, inklusive Forschung

Zusammenfassung in Leichter Sprache:

- Psychische Gesundheit ist ein wichtiger Teil von Gesundheit. Bisher gibt es aber nur wenig Wissen zu psychischer Gesundheit bei Menschen mit Lernschwierigkeiten.
- In dieser Studie wurden Selbstvertreter:innen gefragt, was sie unter psychischer Gesundheit verstehen und was sie psychisch gesund hält.
- Die Selbstvertreter:innen haben gesagt, psychische Gesundheit ist schwer zu erklären und hängt mit körperlicher Gesundheit zusammen. Sie haben auch gesagt, dass soziales Miteinander, in sich hinein spüren und Selbst-Bestimmung psychisch gesund erhalten. Die Selbstvertreter:innen haben gesellschaftliche Faktoren benannt, die psychische Gesundheit verhindern.
- Die Ergebnisse zeigen, dass Selbstvertreter:innen verstehen, was psychische Gesundheit ist. Sie wissen auch, was es braucht, um psychisch gesund zu bleiben. Das hilft Fach-Kräften bei der Entwicklung von Programmen, die die psychische Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten fördern.

Anhang B: Abstract (englisch)

Background: While the high prevalence and potential risk factors for mental health issues in people with intellectual disabilities (ID) are well documented, there is little knowledge on positive mental health, i.e. factors promoting mental health for this population. Especially participatory approaches and insights into the understanding of people with ID on mental health are scarce. To close this gap, this study aims to explore the perspectives of people with ID on mental health.

Methods: Two focus groups with a total of 10 participants were conducted during the self-advocacy congress of Lebenshilfe Austria in October 2022. The moderated group discussions included questions in easy-to-understand language on health and illness, mental health, and access to mental health information. The data was analysed using reflexive thematic analysis. To preserve the language of the material, codes and themes were developed using an inductive approach. Two self-advocates from Lebenshilfe Austria supported the study as an advisory board.

Results: Six themes describing mental health were developed from the analysis including the more abstract nature of mental health, its complex relationship with physical health, the relevance of social inclusion, the significance of insight to an individual's self, and the right to self-determination and autonomy. Further, the need for change and education on a societal level regarding mental health and disabilities were identified.

Conclusions: The results of this study indicate that self-advocates have a differentiated understanding of mental health. This finding provides a valuable insight into the perspective of people with ID and allows for mental health promoting activities that are adapted to the knowledge and needs of this population.

Keywords: mental health, focus groups, intellectual disabilities, self-advocates, inclusive research

Accessible Summary

- Mental health is an integral part of health. So far, there is little knowledge on mental health in people with intellectual disabilities.
- In this study, self-advocates were asked what they thought mental health is and what keeps them mentally healthy.
- The self-advocates said mental health is abstract and has a complex relationship to physical health. They also said, social inclusion, insight into oneself, and self-determination are crucial for staying mentally healthy. The self-advocates mentioned societal factors, that prevent mental health.
- The results show that self-advocates understand what mental health means and what is needed to stay mentally healthy. This helps professionals to develop programs that promote mental health in people with intellectual disabilities.

Anhang C: Protokollvorlage für Rückmeldungen aus Beratungsgruppe

Thema	War der Inhalt verständlich?	Was war nicht verständlich?/ Empfehlungen	Sonstiges/ Kommentare zur Methode
Konzept Arbeitsgruppe			
Begrüßung	0 nein X teilweise		
Ankommensrunde	0 nein X teilweise		
Gesundheit/Krankheit	0 nein X teilweise		
Psychische Gesundheit	0 nein X teilweise		
PAUSE			
Bewegungsspiel	0 nein X teilweise		
Zusammenfassung Teil1	0 nein X teilweise		
Gedanken & Fragen zu psychischer Gesundheit	0 nein X teilweise		

Thema	War der Inhalt verständlich?	Was war nicht verständlich?/ Empfehlungen	Sonstiges/ Kommentare zur Methode
Informationen zu psychischer Gesundheit	0 nein X teilweise		
frühere Beschäftigung mit psychischer Gesundheit	0 nein X teilweise		
Zusammenfassung/ Abschluss	0 nein X teilweise		
Material			
Flyer	0 nein X teilweise		
Studieninformation	0 nein X teilweise		
Fragebogen Soziodemografie	0 nein X teilweise		

adaptiert auf Basis von Köchling und Burtscher (2021)

Anhang D: Flyer für die Arbeits-Gruppe Psychische Gesundheit



PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Darum geht es in der Arbeits-Gruppe:

- Was denkt ihr zu psychischer Gesundheit?
- Was interessiert euch zu psychischer Gesundheit?
- Welche Fragen habt ihr zu psychischer Gesundheit?

Wer leitet die Arbeits-Gruppe an?



Paula Moritz
studiert Psychologie in Wien.
Sie arbeitet bei der Lebenshilfe Österreich.

Sophie Komenda
ist Klinische Psychologin in Ausbildung.
Sie arbeitet beim Dachverband
der Wiener Sozial-Einrichtungen.



Wir freuen uns auf euch!



wichtiger Hinweis: In dieser Arbeits-Gruppe werden Daten für eine Studie von der Universität Wien erhoben.

Anhang E: Studieninformation in Leichter Sprache

Information zur Arbeits-Gruppe psychische Gesundheit

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer

ich bin Paula Moritz und studiere an der Universität Wien.

Ich mache eine Studie für meine Abschluss-Arbeit

in Klinischer Psychologie.

Eine Studie bedeutet,

dass man mehr zu einem Thema erfahren will.

Professorin Brigitte Lueger-Schuster und Professor Germain Weber

betreuen meine Abschluss-Arbeit.

Sophie Komenda unterstützt mich bei der Durchführung der Studie.



Worum geht es in der Studie?

Ich möchte wissen:

Welche Gedanken und Fragen

haben Menschen mit Lernschwierigkeiten

zu psychischer Gesundheit?

Es geht auch darum,

was Menschen mit Lernschwierigkeiten

zu psychischer Gesundheit interessiert.

Was wollen wir machen?

Ich möchte Ihnen gerne ein paar Fragen stellen und

in einer Gruppe mit 7 bis 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmern

darüber sprechen.

Die Arbeits-Gruppe dauert in etwa 3 Stunden.

Wir werden aber dazwischen eine Pause machen.

Wir können auch mehrere Pausen machen.

Sagen Sie mir einfach,

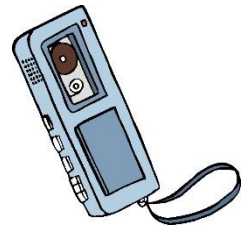
wenn Sie eine Pause brauchen.



Sie können auch aufhören,
wenn Sie nicht mehr wollen.
Es gibt keine falschen Antworten.
Alles, was Sie sagen, ist okay!

Aufnahme

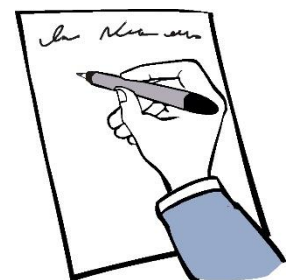
Ich werde das Gruppen-Gespräch aufnehmen.
Aufnehmen bedeutet,
ich lege ein kleines Aufnahme-Gerät auf den Tisch.
Das Aufnahme-Gerät speichert unser Gespräch.
Ich kann mir das Gespräch dann später noch einmal anhören.
Andere Menschen dürfen sich das Gespräch aber nicht anhören.
Das Aufnahme-Gerät bleibt bei mir.



Sie können gerne hören,
was auf dem Aufnahme-Gerät ist.
Fragen Sie mich einfach.

Was passiert nach der Studie?

Wenn die Studie fertig ist,
lösche ich das Gespräch.
Ich schreibe meine Abschluss-Arbeit aus der Studie.
In der Abschluss-Arbeit geht es darum,
was in der Arbeits-Gruppe erzählt wurde.
In der Abschluss-Arbeit gibt es keine Namen.
Niemand wird wissen,
wer was gesagt hat.



Welchen Nutzen hat Ihre Teilnahme?

Bisher gibt es nur wenig Informationen
zu psychischer Gesundheit in Leichter Sprache.
In der Arbeits-Gruppe können Sie mit anderen Menschen
mit Lernschwierigkeiten über psychische Gesundheit sprechen.

Sie können auch mehr über psychische Gesundheit erfahren und Ihre Fragen zu psychischer Gesundheit stellen.

Wenn die Studie fertig ist,
wird es eine Zusammenfassung in Leichter Sprache
über die Ergebnisse aus der Arbeits-Gruppe geben.

Sie wollen mitmachen?

Sie können mitmachen,
wenn Sie wollen.

Wenn Sie nicht mitmachen wollen,
ist das auch in Ordnung.

Sie ändern Ihre Meinung

Sie können Ihre Meinung auch nach der Arbeits-Gruppe ändern.

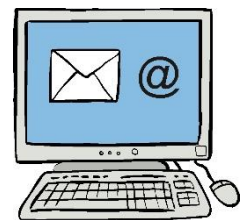
Sagen Sie mir dann einfach,
dass Sie nicht mehr mitmachen wollen.

Ich kann dann das,
was Sie gesagt haben,
aus der Studie löschen.

Dazu können Sie mir einfach ein Mail schreiben.

Schreiben Sie das Mail in den 8 Wochen nach der Arbeits-Gruppe.

Meine Kontaktdaten stehen ganz unten auf dem Zettel.



Sie haben noch eine Frage

Sie können mir auch ein Mail schreiben,
wenn Sie noch eine Frage haben.

Oder wenn es Ihnen nach dem Gespräch schlecht geht.

Wir können dann gemeinsam schauen,
dass es Ihnen wieder besser geht.

Kontaktdaten:

Paula Moritz, BSc

E-Mail: a11942754@unet.univie.ac.at

Woher kommen die Bilder?

Die Bilder kommen vom Netzwerk Mensch zuerst.

Das schreibt man auch so:

© Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.

Einverständnis-Erklärung

Ich habe die Information zur Arbeits-Gruppe psychische Gesundheit
gelesen

und möchte bei der Studie mitmachen.

Wenn Sie mitmachen wollen,
unterschreiben Sie bitte hier:

Name: _____

Datum: _____

Zusammenfassung in Leichter Sprache

Ich möchte eine Zusammenfassung in Leichter Sprache
über die Ergebnisse der Arbeits-Gruppe haben:

- ☐ ja
- ☐ nein

Bitte senden Sie die Zusammenfassung an diese E-Mail-Adresse:

Anhang F: Informationsblatt für Erwachsenevertreter:innen

Sehr geehrte Erwachsenenvertreter:innen,

Ihr:e Klient:in hat im Rahmen des Selbstvertretungskongresses der Lebenshilfe Österreich an einer moderierten Gruppendiskussion zum Thema psychische Gesundheit teilgenommen. Themen der Gruppendiskussion waren die Vorstellung von psychischer Gesundheit, Fragen und Gedanken zu psychischer Gesundheit sowie der Zugang zu Gesundheitsinformationen bezüglich psychischer Gesundheit.

Die Gruppendiskussion wurde audioaufgezeichnet und wird im Rahmen einer psychologischen Masterarbeit der Universität Wien unter der Betreuung von Univ.-Prof Dr. Brigitte Lueger-Schuster und em. Univ.-Prof Germain Weber, Ehrenpräsident der Lebenshilfe Österreich, wissenschaftlich ausgewertet. Ihr:e Klient:in wurde vor der Teilnahme ausführlich und in Leichter Sprache über Ziel, Ablauf und Implikationen der Studie sowie Datenschutz und die eigenen Rechte im Zusammenhang der Teilnahme aufgeklärt. Die Studieninformation in Leichter Sprache finden Sie diesem Schreiben beigelegt. Zu dieser Studie sowie den verwendeten Informationsmaterialien wurde von der zuständigen Ethikkommission der Universität Wien eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

Die Rahmenbedingungen:

- Sollte sich ein:e Teilnehmer:in entscheiden, ihr:sein Einverständnis zur Teilnahme rückgängig zu machen, ist dies bis zu acht Wochen nach der individuellen Studienteilnahme möglich.
- Auf die Trennung personenbezogener und inhaltlicher Daten wird während der gesamten Projektdauer sowie nach dessen Ende geachtet. Jegliche Bearbeitung, Auswertung, Interpretation und Veröffentlichung erfolgt ausschließlich mit pseudonymisierten Daten.
- Nur die Masterandin Paula Moritz sowie Univ.-Prof Dr. Lueger-Schuster und em. Univ.-Prof Dr. Weber haben Zugang zum erhobenen Datenmaterial. Diese unterliegen der Schweigepflicht und sind verpflichtet keine vertraulichen Informationen weiterzugeben.
- Sollten Sie als Erwachsenenvertreter:in mit der Teilnahme Ihrer:Ihres Klient:in nicht einverstanden sein oder die Daten einsehen wollen, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf. Die Daten Ihrer:Ihres Klient:in können bis zu 8 Wochen nach individueller Studienteilnahme gelöscht werden.
- Bei Interesse stellen wir Ihnen im Anschluss an die Studie gerne eine Zusammenfassung der Ergebnisse zur Verfügung.

Kontaktdaten:

Paula Moritz, BSc

E-Mail: a11942754@unet.univie.ac.at

Anhang G: Fokusgruppen-Leitfaden

1. Begrüßung

- Begrüßung und Vorstellung des Teams
- Inhaltlicher und zeitlicher Überblick über die Fokusgruppe
- Darstellung des organisatorischen Rahmens (Pausengestaltung, Raum jederzeit verlassen können, etc.)
- Aufklärung über Studiendurchführung, Hinweis auf Audioaufnahme, Einholen Informed Consent
- Hinweis an Unterstützer:innen, sich inhaltlich im Hintergrund zu halten
- Erfragen, ob Teilnehmer:innen Siezen oder Duzen bevorzugen

benötigtes Material: Flipchart mit Übersicht über den Ablauf der Fokusgruppe (während der gesamten Fokusgruppe gut sichtbar platziert); Klebepunkt, der am Ablaufplan anzeigt, wo man sich gerade befindet

2. Ankommensrunde

- Kurze Vorstellung der Teilnehmer:innen (inkl. Name, Alter, Interessen)
[Funktion: ins Reden kommen, eventuelle Sprachbarrieren erkennen]
- Erfragen des aktuellen Befindens
[Funktion: soll zur aktiven Beteiligung anregen; mögliche Barrieren in der Beteiligung werden sichtbar; eventuelle Belastungen frühzeitig erkennen]

benötigtes Material: Krepppapier und Stifte für Namenspickerl; Bildkarten für die Runde zum aktuellen Befinden

3. thematischer Einstieg

Beginn Audioaufnahme!

- Hinführung:
Wir wollen heute über psychische Gesundheit sprechen.
Und darüber, was man tun kann, um psychisch gesund zu bleiben.
Dafür wollen wir zuerst gemeinsam klären, was Gesundheit und Krankheit sind.
- Allgemeine Fragen zu Gesundheit und Krankheit:
Was ist Gesundheit?
Was ist Krankheit?
Was ist der Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit?

benötigtes Material: Flipcharts

4. Psychische Gesundheit

- Hinführung:
Wir haben gerade darüber gesprochen,
was Gesundheit und Krankheit sind.
Jetzt soll es um psychische Gesundheit gehen.
- Fragen:
Was bedeutet psychisch?
Was fällt Ihnen zu psychischer Gesundheit ein?
Was ist psychische Gesundheit?
Wann ist man psychisch gesund?
(ggf. Abgrenzung zu psychischer Störung direkt erfragen)
Wie bleibt man psychisch gesund?
Was braucht es dafür?
- Hinweis an die Teilnehmer:innen, dass es nach der Pause um Fragen zu psychischer Gesundheit gehen soll
[Funktion: gedanklich auf Fragen vorbereiten, schon einmal über mögliche Fragen nachdenken]

benötigtes Material: Flipcharts

20 MINUTEN PAUSE

5. Teilzusammenfassung

- gemeinsame Zusammenfassung des ersten Teils (Teilnehmer:innen aktiv in Zusammenfassung einbeziehen, gemeinsames Zusammentragen des Besprochenen)

6. Fragen und Gedanken zu psychischer Gesundheit

- Fragen:
Welche Gedanken haben Sie zu psychischer Gesundheit, über die wir noch nicht gesprochen haben?
Welche Fragen haben Sie zu psychischer Gesundheit?
- Hinweis an Teilnehmer:innen: Wenn Ihnen später noch Fragen einfallen oder Sie Ihre Frage nicht vor der Gruppe stellen wollen, können Sie uns diese gerne nach der Fokusgruppe stellen oder ein Mail schreiben.

benötigtes Material: Flipchart

7. Zugang zu Informationen zu psychischer Gesundheit

- Fragen:
 Woher bekommen Sie Informationen zu psychischer Gesundheit?
 Wen können Sie fragen, wenn Sie mehr zu psychischer Gesundheit wissen wollen?
 Kennen Sie Informationen zu psychischer Gesundheit, die speziell für Menschen mit Lernschwierigkeiten sind?
 Welche Informationen zu psychischer Gesundheit wünschen Sie sich?

benötigtes Material: Flipchart

8. frühere Beschäftigung mit psychischer Gesundheit

- Frage:
 Haben Sie sich vorher schon mit dem Thema psychische Gesundheit beschäftigt?
[Funktion: Kontextualisierung der Aussagen erleichtern]

9. Zusammenfassung und Abschluss

- kurze gemeinsame Zusammenfassung
- Betonung des Positiven für einen guten Abschluss
- Fragen:
 Wie geht es Ihnen jetzt?
[Funktion: mögliche Belastung erkennen; sollte es jemandem nicht gut gehen, kann dies im Anschluss mit der Person besprochen werden]
 Wollen Sie uns noch etwas sagen?
- Bedanken und Verabschieden

benötigtes Material: Bildkarten für Befindlichkeitsrunde

Anhang H: Kurzfragebogen Soziodemografie in Leichter Sprache

Angaben zur Person

Ich bin...

- ☐ eine Frau
- ☐ ein Mann
- ☐ divers
- ☐ ich möchte keine Antwort geben



Ich bin _____ Jahre alt.



Ich wohne in diesem Bundesland:



Woher kommen die Bilder?

Reinhild Kassing hat die Bilder gemalt.

Das schreibt man auch so:

© Reinhild Kassing

Anhang I: Transkriptionssystem

I1:	Moderatorin
I2:	Co-Moderation
SV1:	Selbstvertreter:in, fortlaufend nummeriert nach Auftreten (hier Selbstvertreter:in 1)
U1:	Unterstützungsperson, fortlaufend nummeriert nach Auftreten (hier Unterstützungsperson 1)
(unv.)	unverständlich
(...)	Pause
(lachen)	kontextrelevante Laute
(Glas wird umgestoßen, Unruhe)	kontextrelevante, nicht-verbale Informationen
[Name]	sensible Daten wurden pseudonymisiert, betrifft Namen und Ortsangaben

adaptiert nach Kuckartz et al. (2007)

Anhang J: tabellarische Übersicht über Themen und Unterthemen mit Beispielzitaten

Tabelle 3

Das Thema psychische Gesundheit als mehrdeutiges Konstrukt untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten

Unterthema	Definition	Beispielzitat
Vermischung psychischer Gesundheit und psychischer Störung	konzeptionelle Vermischung und mangelnde Differenzierung zwischen den beiden Konstrukten psychische Gesundheit und psychische Störung	„Aber ich habe für mich jetzt festgestellt, dass diese psychische Gesundheit oder Erkrankung, wie auch immer man das jetzt nennt.“ (SV1)
schwer greifbarer Begriff	Schwierigkeit, psychische Gesundheit aufgrund seiner abstrakten Natur zu definieren	„Es ist schwierig zu erklären, wirklich, was Psyche ist. Man verwendet diesen Begriff zwar im Alltag fast immer. Und man hört es fast überall, aber wenn mich jemand fragt, was verstehst du darunter oder wie siehst du das, was das sein kann. Sage ich, ganz ehrlich, ich habe keine Ahnung. Und ich kann es nicht beschreiben und kann auch nicht sagen, wie ich glaube, dass es aussieht.“ (SV1)
Definitionsversuch: „Wie es dem Inneren geht“	inhaltliche Definitionsversuche, die psychische Gesundheit als mit den Emotionen einer Person assoziiert beschreiben	„Es hat aber mit meiner Psyche zu tun, das heißt, wie es mir geht. Wie es mir innerlich geht.“ (SV2)

Fortsetzung Tabelle 3

Unterthema	Definition	Beispielzitat
körperliche Verortung	Versuche, die Psyche körperlich zu lokalisieren	„Das geht von da aus (zeigt auf den Kopf) – von diesen Hirnregionen aus.“ (SV3)

Tabelle 4

Das Thema komplexer Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten

Unterthema	Definition	Beispielzitat
(unidirektionaler) Zusammenhang psychischer und körperlicher Gesundheit	Vorstellungen über das Zusammenwirken psychischer und körperlicher Gesundheit, der teilweise als unidirektional beschrieben wird	„Also die Psyche kann sich schon auf den Körper auswirken.“ (SV8)
Unabhängigkeit psychischer und körperlicher Gesundheit	Vorstellung, psychische und körperliche Gesundheit seien zwei distinkte Zustände, die einander nicht beeinflussen	„[Ich] habe vielleicht nur Schmerzen und mir geht es aber seelisch sehr gut und ich habe nur die Schmerzen. Es ist, wie man so schön sagt, es wird nicht alles, es wird nicht beides in einem Suppentopf gekocht, weil es sind beides zwei verschiedene Suppentöpfe“ (SV10)
Körperliche Gesundheit als Referenz	Vorstellung von körperlicher Gesundheit als Norm	„Die seelische Gesundheit und die normale Gesundheit, das habe ich gesagt.“ (SV10)

Tabelle 5

Das Thema Bedeutsamkeit sozialer Eingebundenheit untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten

Unterthema	Definition	Beispielzitat
Begegnung auf Augenhöhe und mit Respekt	Aussagen, die auf zentrale Aspekte menschlicher Begegnung eingehen. Im Vordergrund stehen die Begegnung auf Augenhöhe, ein respektvoller Umgang miteinander sowie die gegenseitige Rücksichtnahme und Akzeptanz.	„Ich wollte auch gerne sagen, dass (...) es gibt auch (...) es geht darum, dass (...) Respekt umgehen, respektieren und (...) miteinander umgehen (...) Mitmenschen zum Beispiel.“ (SV6)
bedeutungsvolle Beziehungen	Aussagen, die auf die Relevanz bedeutungsvoller sozialer Beziehungen eingehen. Bedeutungsvolle Beziehungen zeichnen sich durch Vertrauen und emotionale Nähe aus und umfassen familiäre, partnerschaftliche und enge freundschaftliche Beziehungen.	„[M]eine Familie ist wichtig, damit ich psychisch gesund bleibe. Meine Freunde sind wichtig [...]“ (SV1)
Jemanden zum Zuhören haben	Aussagen, die auf die Relevanz, sich mit anderen austauschen zu können, eingehen. Im Vordergrund steht eine Atmosphäre des wertfreien Zuhörens, die nicht zwangsläufig an das Vorhandensein bedeutungsvoller	[!]Ich habe da eine Betreuerin, der erzähle ich glaube ich, die kennt mich noch nicht so lange, aber der erzähle ich glaube ich alles, weil ich weiß, ich kann es wirklich so sagen, wie es mir geht und wie ich es mir denke. Und sie labert mich nicht mit so Sachen wie ja du musst das so

Fortsetzung Tabelle 5

Definition	Unterthema	Beispielzitat
	Beziehungen gebunden ist und auch in (semi-) professionellen Kontexten auftreten kann.	machen oder du musst das... , sondern sie hat keine Ahnung. Sie sagt mir ganz ehrlich, ich habe keine Ahnung. Ich kann dir nicht helfen, weil ich kann es nicht nachvollziehen. Aber ich kann dir zuhören. Und mehr muss es manchmal gar nicht sein.“ (SV1)
Gesellschaftliche Teilhabe	Aussagen, die das soziale Miteinander um eine gesellschaftliche Ebene erweitern. Im Vordergrund stehen das Bedürfnis ein gleichberechtigter Teil der Gesellschaft zu sein und sich einzubringen (z.B. durch Lohn- oder Selbstvertretungsarbeit)	„Das ist für mich Gesundheit, wo ich sage, ich kann an der Gesellschaft teilnehmen, ich bin mitten drinnen und bin nicht irgendwie ausgegrenzt oder eingeschränkt.“ (SV1)

Tabelle 6

Das Thema Bedeutung des Zugangs zu sich selbst untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten

Unterthema	Definition	Beispielzitat
Eigene Gefühle wahrnehmen und ihnen Raum geben	Aussagen, die auf die Bedeutsamkeit eingehen, die eigenen Emotionen zu erkennen und angemessen ausleben zu können. Eine besondere Bedeutung kommt dabei vermeintlich negativen Emotionen wie Trauer oder Wut bei.	„Fassen wir es einmal so zusammen, es ist auf jeden Fall psychische Gesundheit, wenn man sich allen Emotionen stellt.“ (SV8)
Eigene Grenzen kennen und wahrnehmen	Aussagen, die die Relevanz des Abgrenzens für psychische Gesundheit adressieren. Im Vordergrund stehen dabei das Erkennen und Artikulieren der eigenen Grenzen.	„Man sollte wissen, was einem gut tut und wo die Grenzen persönlich liegen.“ (SV8)
Selbstakzeptanz	Aussagen, die sich auf eine positive Haltung gegenüber sich selbst fokussieren. Hierunter subsumieren sich Aspekte der Selbstzufriedenheit und des Selbstvertrauens.	„Wenn man sich so akzeptiert, wie man ist.“ (SV9)
Wissen, was einem:einer gut tut	Aussagen, die sich darauf beziehen zu wissen, was einem selbst gut tut. Hierunter gruppieren sich Ressourcen und Coping-Strategien.	„Man weiß oft, was man tun soll, damit es einem besser geht.“ (SV1)

Tabelle 7

Das Thema Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten

Unterthema	Definition	Beispielzitat
Selbstbestimmung	Aussagen, die eigenständige Entscheidungen und Selbstverantwortung als wesentliche Aspekte von Selbstermächtigung hervorheben.	„Dass ich das machen kann, was ich will. Also dass ich das machen kann, was ich will und nicht, was andere wollen von mir.“ (SV2)
Sinnstiftende Tätigkeiten	Aussagen, die intrinsische Motivation, selbstgesetzte Ziele und als bedeutsam empfundene Aktivitäten als wesentliche Aspekte von Selbstverwirklichung adressieren.	„[M]eine Leidenschaft ist wichtig, meine Arbeit ist wichtig. Da gehört auch die Interessenvertretung für mich dazu, weil ich mache es mit Herz. Und alles, was ich mit Herz mache und gerne mache, das lässt mich gesund bleiben. Das stärkt mich, gesund zu bleiben.“ (SV1)
Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre	Aussagen, die die Relevanz von Ruhephasen und Zeit für sich selbst für den Erhalt psychischer Gesundheit adressieren.	„Ich brauche auch einmal Pause für mich.“ (SV4)
Entwicklungsmöglichkeiten und passende Unterstützung	Aussagen, die Entwicklungsmöglichkeiten und passende Unterstützung als wesentliche Voraussetzungen für Autonomie, Selbstverwirklichung und persönliches Wachstum adressieren.	„Na was ich dazu brauche, damit es mir psychisch gut geht und dass es so bleibt, da brauche ich die passende Unterstützung für das, [dass ich] meiner Leidenschaft und meinen Hobbies nachgehen kann.[...] Da braucht es die passende Unterstützung, damit ich meine Ziele und Träume, die mir gut tun, umsetzen kann.“ (SV1)

Tabelle 8

Das Thema Recht auf Selbstverwirklichung und Autonomie untergliedert in Unterthemen und mit Beispielzitaten

Unterthema	Definition	Beispielzitat
Offener Diskurs zu psychischen Störungen	Aussagen, die direkt oder indirekt die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Entstigmatisierung psychischer Störungen adressieren.	„Ich finde da jetzt kein Drama dran und finde nicht, dass man aus solchen Themen, weil man aus solchen Themen, weil man jetzt irgendwie ein seelisches Problem hat und nicht so darüber sprechen kann, ein Geheimnis daraus machen muss. Das ist leider halt das Bild von der Gesellschaft, mit du hast irgendwas, du bist anders. Ich finde, das gehört auf jeden Fall aufgehoben und dann geht man auch offener mit diesen Themen um, wenn man nicht Angst haben muss, dass man anders ist.“ (SV1)
Gesellschaftliches Bild von Behinderungen	Aussagen, die auf die Problematik der gesellschaftliche Perspektive auf Behinderung sowie deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Menschen mit IB eingehen.	„(M)an sieht, dass viele sich mit diesem Thema nicht auseinandersetzen oder nicht wirklich viel Erfahrung haben.“ (SV1)
Ausbau der Angebote für Menschen mit IB	Aussagen, die Unterversorgung mit angemessenen Gesundheitsangeboten bezüglich psychischer Gesundheit für Menschen mit IB adressieren (z.B. Informations-, Präventionsangebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung).	„Aber das Problem ist, dass viel in schwerer Sprache ist und da stehen Dinge drin, wo du sagst, was meinst du jetzt damit? [...] Und keiner versteht es in Wirklichkeit.“ (SV1)

Fortsetzung Tabelle 8

Unterthema	Definition	Beispielzitat
Bedarf an konkretem Handlungswissen	Wunsch der Teilnehmer:innen nach konkreten Handlungsanleitungen, wie man andere Personen in belastenden Situationen unterstützen und gleichzeitig auf sich selbst achten kann.	„Wie kann ich aber anderen helfen, ohne selbst irgendwie mich zu überlasten?“ (SV1)