

**Konzeption eines Methodenkoffers
für die Psychotherapie von Angststörungen
bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger
intellektueller Beeinträchtigung**

Masterarbeit



Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie

Institut für Psychologie

Name: David Braun

Matrikelnummer.: 4133113

Mail: braun_david@icloud.com

Merzhauser Straße 70, 79100 Freiburg

Betreuung: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Dr. Almut Helmes

Datum der Einreichung: 04. August 2020

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Risiko für die Entwicklung einer Angststörung ist bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung erhöht. Der resultierende Therapiebedarf wird trotz der erwiesenen Therapiefähigkeit intellektuell beeinträchtigter Menschen nicht ausreichend abgedeckt. Die Anpassung psychotherapeutischer Methoden an die aus einer intellektuellen Beeinträchtigung hervorgehenden Besonderheiten stellt einen zentralen Ansatzpunkt dar, um der defizitären Versorgungssituation zu begegnen. In der vorliegenden Arbeit wurden daher mögliche Methoden für die Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit einer leichten oder mittelgradigen intellektuellen Beeinträchtigung identifiziert und durch die Konzeption eines Methodenkoffers adaptiert.

Methodik: Eine aus 16 Personen bestehende Fachgruppe mit Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wurde im Rahmen einer Delphi-Befragung zu möglichen Methoden befragt. Durch eine wiederholte Einschätzung ihrer Bedeutsamkeit wurden die eingebrachten Methodenvorschläge zu einem mehrheitsfähigen Gesamtbild aggregiert. Aus diesem wurden Therapiebausteine abgeleitet und durch eine Literaturrecherche fundiert. Darauf aufbauend wurden die Bausteine in Arbeitsmaterialien umgesetzt.

Ergebnisse: Auf Basis der Einschätzungen der Fachgruppe wurden drei Therapiebausteine in den Mittelpunkt gestellt: (1) Psychoedukation, (2) Expositionsübungen und (3) Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen. Aufbauend auf den inhaltlichen Ergebnissen der Literaturrecherche wurden 34 Informations- und Arbeitsblätter für Therapierende, zu behandelnde Personen und deren Bezugspersonen erstellt. Grundlegende Adaptionen waren die Verwendung von leichter Sprache und Visualisierungen, ein Fokus auf erlebnisorientierte und aktivitätsfördernde Techniken sowie ein Einbezug von Bezugspersonen.

Diskussion: Der entwickelte Methodenkoffer bietet Therapierenden eine Orientierung für den therapeutischen Umgang mit intellektuell beeinträchtigten Menschen mit einer Angststörung. Im nächsten Schritt sollen die Materialien in ihrer praktischen Anwendung evaluiert und mit den weiteren Methodenvorschlägen der Fachgruppe angereichert werden. Um die psychotherapeutische Versorgungssituation von intellektuell beeinträchtigten Menschen insgesamt verbessern zu können, muss die Interventionsforschung für diese Zielgruppe intensiviert werden. Eine stärkere Berücksichtigung von intellektuell beeinträchtigten Menschen innerhalb des psychotherapeutischen Diskurses erscheint zentral, um die aktuellen Defizite innerhalb der Versorgung zunehmend abzubauen.

Abstract

Background: The risk for the development of an anxiety disorder is higher for people with intellectual disabilities. Despite the proven treatment efficacy, the resulting need for therapy isn't met in a sufficient way. To manage this deficient treatment situation, adapting psychotherapeutic methods to the features of intellectual disability can be a starting point. For the present paper, methods for the treatment of anxiety disorders in people with a mild or moderate intellectual disability were identified and adapted as part of conceptualizing a toolbox.

Method: A professional group of 16 therapists with experience in the psychotherapeutic treatment of people with intellectual disability were asked for recommendations of methods. By means of a repeated assessment of their significance, the suggestions were aggregated to an overall picture with majority appeal. Based on this, therapy modules were deduced and substantiated in a literature review. Finally, adapted information and work sheets for the modules were created.

Results: Based on the recommendations, three therapy modules were highlighted: (1) Psychoeducation, (2) Exposure exercises and (3) Mindfulness and mind/body awareness exercises. Proceeding from the contentual results of the literature research, 34 information and work sheets for therapists, patients and caregivers were compiled. Essential adaptations were the use of simple language and visualizations, a focus on experience-oriented and activity-enhancing techniques and the inclusion of caregivers.

Discussion: The developed toolbox offers therapists an orientation for the therapeutic handling of people with intellectual disabilities and an anxiety disorder. The next step consists of evaluating the practical use of the developed materials and including the further recommendations of the professional group. To improve the mental health care situation of people with intellectual disabilities as a whole, the research on interventions for this target group must be intensified. A stronger consideration of intellectually disabled people within the psychotherapeutic discourse seems pivotal to decrease the current deficits of treatment.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
1 Theoretischer Hintergrund	8
1.1 Intellektuelle Beeinträchtigung	8
1.2 Verhaltensprobleme und psychische Störungen bei intellektueller Beeinträchtigung... 10	
1.2.1. Diagnostik psychischer Störungen bei intellektueller Beeinträchtigung	11
1.2.2 Häufigkeit psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei intellektueller Beeinträchtigung	12
1.2.3 Ätiologische Erklärungsansätze für psychische Störungen bei intellektueller Beeinträchtigung	13
1.3 Angststörungen bei intellektueller Beeinträchtigung	14
1.3.1 Besonderheiten der verschiedenen Formen von Angststörungen	16
1.4 Psychotherapie bei intellektueller Beeinträchtigung	20
1.4.1 Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	21
1.4.2 Psychotherapeutische Versorgungssituation intellektuell beeinträchtigter Menschen	23
1.4.3 Besonderheiten des psychotherapeutischen Behandlungsprozesses bei intellektuell beeinträchtigten Menschen.....	24
1.4.3.1 Erstkontakt, Planung und Therapiebeginn.	26
1.4.3.2 Einbezug des Umfelds.....	29
1.4.3.3 Therapeutische Beziehung.	30
1.4.3.4 Gestaltung der Therapiesitzungen.	32
1.5 Begründung der Arbeit.....	36
1.6 Leitlinien und Fragestellungen der Arbeit.....	37
2 Methode.....	38
2.1 Delphi-Befragung einer Fachgruppe	38
2.2 Literaturrecherche	40
2.3 Konzeption des Methodenkoffers	41

3 Ergebnisse	42
3.1 Ergebnisse der Delphi-Befragung	42
3.2 Ergebnisse der Literaturrecherche.....	45
3.3 Inhaltliche Gestaltung des Methodenkoffers.....	47
3.3.1 Baustein 1: Psychoedukation.....	48
3.3.2 Baustein 2: Expositionübungen	53
3.3.3 Baustein 3: Achtsamkeits-, Sinnes und Körperwahrnehmungsübungen.....	64
3.4 Formale Gestaltung des Methodenkoffers	73
4 Diskussion	74
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	74
4.2 Reflexion der Ergebnisse und Einordnung in den theoretischen Hintergrund.....	79
4.3 Reflexion des methodischen Vorgehens und Limitationen.....	83
4.4 Ausblick	88
4.5 Fazit.....	90
Anhang A: Tabellenverzeichnis	105
Anhang B: Delphi-Befragung: Information, Einverständniserklärung und Fragebögen	106
Anhang C: Ausführliche Ergebnisse des ersten Fragebogens.....	111
Anhang D: Der Methodenkoffer	114
Erklärung zur Versicherung der selbstständigen Anfertigung	188

Einleitung

Das Risiko einer psychischen Erkrankung ist bei Menschen¹ mit intellektueller Beeinträchtigung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das Drei- bis Fünffache erhöht (American Psychiatric Association [APA], 2013; Došen, 2018; Schanze, 2014). Auch für Angsterkrankungen kann von einem erhöhten Erkrankungsrisiko bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ausgegangen werden (Dekker & Koot, 2003; Emerson, 2003; Maïano et al., 2018; Pruijssers et al., 2014). Dem daraus resultierenden großen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung steht eine defizitäre Versorgungssituation gegenüber. Insgesamt gibt es sowohl ambulant als auch stationär nur wenige spezielle Behandlungsangebote für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (Bergmann, 2019; Seidel, 2014). Zudem wurde das Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung lange Zeit aufgrund der damit einhergehenden kommunikativen und kognitiven Defizite als Ausschlusskriterium für die Durchführbarkeit einer Psychotherapie angesehen (Hurley et al., 1998; Langdon et al., 2017; Vereenoghe et al., 2015). Inzwischen herrscht in der Fachwelt allerdings Konsens, dass Psychotherapie auch bei intellektuell beeinträchtigten Personen unabhängig vom Schweregrad möglich und wirksam ist (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Langdon et al., 2017; Whitehouse et al., 2006). Nach Sozialgesetzbuch (SGB) V muss Psychotherapie daher auch Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vollumfänglich und unabhängig von Schweregrad und Alter zur Verfügung gestellt werden (SGB, V., 2014). Hierfür bedarf es keiner besonderen Form der Psychotherapie. Allerdings müssen gängige Methoden an die Bedürfnisse und Fähigkeiten von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepasst werden (Došen, 2018; Hurley et al., 1998; Whitehouse et al., 2006). Es gilt somit, Therapiematerialien zu konzipieren, welche die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe berücksichtigen. In der Praxis liegt hierfür ein deutlicher Mangel vor, weshalb Therapiematerialien in der Regel von Therapierenden selbst unter einem erheblichen Mehraufwand und einhergehend mit vielen Unsicherheiten adaptiert werden müssen (Došen, 2018; Stahl, 2003; Whitaker & Read, 2006; Whitehouse et al., 2006). Die Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg sieht diese Problemlage. Die vorliegende Arbeit soll daher einen Teil dazu beitragen, dem nicht ausreichenden Psychotherapieangebot für den Bereich der Angststörungen entgegen zu treten. Hierfür wurden von einer Fachgruppe als hilfreich eingeschätzte Methoden für die Psychotherapie von Angststörungen bei erwachsenen Menschen mit einer leichten bis

¹ Die vorliegende Arbeit bemüht sich um eine gendergerechte Sprache. Nach Möglichkeit werden geschlechtsneutrale Personenbezeichnungen verwendet. Bei Personenbezeichnungen, für die keine geschlechtsneutrale Form existiert, werden die weibliche und männliche Form durch Sternchen (*) miteinander verknüpft oder in einem unsystematischen Wechsel verwendet. In jedem Falle sollen sich Personen jeglicher Geschlechtsidentität gleichermaßen angesprochen fühlen.

mittelgradigen intellektuellen Beeinträchtigung durch eine Literaturrecherche hinsichtlich ihres Adaptionbedarfs eingeschätzt. Darauf aufbauend wurden im Rahmen der Konzeption eines Methodenkoffers an die Zielgruppe angepasste Arbeitsmaterialien entwickelt. Der Methodenkoffer soll für die Praxis frei zugänglich gemacht werden, um Therapierenden den Rückgriff auf wissenschaftlich fundierte, an die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepasste Therapiematerialien zu ermöglichen.

1 Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Abschnitten werden die theoretischen Grundlagen für die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung dargestellt. Ausgehend von der allgemeinen Phänomenologie einer intellektuellen Beeinträchtigung wird der Fokus auf Besonderheiten beim zusätzlichen Auftreten einer psychischen Störung gelegt. Darauf aufbauend wird als Schwerpunkt dieser Arbeit ausführlich auf die Erscheinungsform von Angststörungen und die dabei auftretenden atypischen Symptome bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eingegangen. Abschließend werden Erkenntnisse zur psychotherapeutischen Versorgung dieser Personengruppe dargestellt und Besonderheiten herausgearbeitet, welche sich in Folge einer intellektuellen Beeinträchtigung ergeben können.

1.1 Intellektuelle Beeinträchtigung

Je nach wissenschaftlicher Disziplin stößt man auf zahlreiche synonym verwendete Begrifflichkeiten, die zur Beschreibung von Personen, deren intellektuelle Leistungsfähigkeit reduziert ist, verwendet werden. Eine einheitliche Terminologie liegt bis heute nicht vor (Lingg & Theunissen, 2017). Alltagssprachlich wird oft von geistiger Behinderung oder Lernbehinderung gesprochen, im psychologischen Kontext ist in vielen Fällen von Intelligenzminderung die Rede (Bergmann, 2019). Eine Intelligenzminderung liegt vor, wenn der Intelligenzquotient (IQ) einer Person mehr als zwei Standardabweichungen nach unten von der Normalverteilung der Intelligenz in der Allgemeinbevölkerung abweicht (Schanze, 2014). Je nach genauem IQ-Wert können verschiedene Schweregrade eingeteilt werden. Ein IQ im Bereich 50 bis 69 wird als leichte, von 35 bis 49 als mittelgradige, von 20 bis 34 als schwere und unter 20 als schwerste Intelligenzminderung gewertet. Zusätzlich kann eine Lernbehinderung oder Grenzdeбилität, welche sich vor allem in Schulschwierigkeiten äußert und in den Indikationsbereich sonderpädagogischer Förderung fällt, im IQ-Bereich von 70 bis 85 eingeordnet werden (Häßler, 2011; Schanze, 2014).

Eine ausschließliche Fokussierung auf das Intelligenzniveau, wie sie die Bezeichnung des Störungsbildes als Intelligenzminderung nahelegt, ist für eine umfassende Beschreibung der damit einhergehenden komplexen Phänomenologie nicht ausreichend. Es ist nicht nur die Intelligenzleistung beeinträchtigt, sondern auch die adaptive Funktionsfähigkeit im kognitiven, sozialen und praktischen Bereich (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Lingg & Theunissen, 2017). Dies kann sich in sozialen, sexuellen, moralischen und emotionalen Defiziten und somit in nahezu allen Lebensbereichen äußern. Oft kommt es zu interindividuell unterschiedlich ausgeprägten Schwierigkeiten bei der Erfüllung von Alltagsanforderungen und erheblichen Einschränkungen der Selbstständigkeit (Došen, 2018; Sarimski & Steinhausen, 2008; Schanze,

2014). Um diese symptomatische Vielfältigkeit sprachlich anzuerkennen und der komplexen Phänomenologie besser gerecht zu werden, wird im Folgenden der Begriff der *intellektuellen Beeinträchtigung* verwendet. Dieser wird in der internationalen Fachwelt und auch von Betroffenen selbst oftmals favorisiert (Lingg & Theunissen, 2017).

Die World Health Organization (WHO) definiert die intellektuelle Beeinträchtigung beziehungsweise Intelligenzminderung als „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie zum Beispiel Kognition, Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten“ (Dilling & Freyberger, 2014, S.308). In den gängigen Diagnosesystemen ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, zehnte Revision, [WHO, 1992]) und DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fünfte Revision, [APA, 2013]) äußert sich dies in drei Diagnosekriterien: 1) Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen (IQ unter 70), (2) Beeinträchtigungen im adaptiven Funktionsniveau und (3) Entstehung vor dem 18. Lebensjahr beziehungsweise während der Entwicklungsperiode. Im DSM-5 wird darauf hingewiesen, dass die IQ-Grenze von 70 bei der Diagnosestellung lediglich als eine flexible Richtlinie aufzufassen ist, welche sich gegebenenfalls auch nach oben verlagern kann. Die adaptive Funktionsfähigkeit und nicht der IQ-Wert der betroffenen Person steht im Mittelpunkt. Dies wird unter anderem dadurch begründet, dass Messungen innerhalb des unterdurchschnittlichen Intelligenzspektrums wenig valide sind (APA, 2013). Došen (2018) betont außerdem den Entwicklungsaspekt der intellektuellen Beeinträchtigung und hebt hervor, dass es sich um keine Krankheit, sondern um eine Entwicklungsstörung handelt. Dementsprechend durchlaufen intellektuell beeinträchtigte Kinder die gleichen Entwicklungsphasen wie durchschnittlich intelligente Kinder, benötigen dafür aber mehr Zeit und stagnieren auf einem niedrigeren Entwicklungsniveau. Die Unterschiede zwischen normaler und beeinträchtigter intellektueller Fähigkeit lassen sich somit nur aus einer quantitativen, nicht aus einer qualitativen Perspektive betrachten (Došen, 2018). In der kommenden Neuauflage ICD-11 der WHO soll diese entwicklungsbiologische Störungslogik durch die terminologische Bezeichnung als *disorders of intellectual development* berücksichtigt werden (Weber & Rojahn, 2019).

In Deutschland weist circa ein Prozent der Bevölkerung eine intellektuelle Beeinträchtigung auf (Seidel, 2014). In einer mehrere Länder umfassenden Metaanalyse von Maulik und Kollegen (2011) wird eine Prävalenz von 1.73% berichtet. Bei rund 85% der Fälle liegt eine leichte intellektuelle Beeinträchtigung vor, bei 10% eine mittelgradig; die restlichen 5% fallen unter schwere und schwerste Formen der intellektuellen Beeinträchtigung. Insgesamt schwanken die

genauen Prävalenzangaben für intellektuelle Beeinträchtigungen in der internationalen Literatur je nach zugrunde gelegten Kriterien innerhalb der epidemiologischen Untersuchungen beträchtlich.

Die möglichen Ursachen für eine intellektuelle Beeinträchtigung sind vielfältig. Sowohl auf biologischer als auch psychosozialer Ebene lassen sich verschiedene Risikofaktoren identifizieren. Diese können auf einer prä-, peri- oder postnatalen Ebene verankert werden. Kumulative Effekte zwischen einzelnen Risikofaktoren können dann zur Manifestation einer intellektuellen Beeinträchtigung führen (Baumeister et al., 1993; Weber & Rojahn, 2019). Bei leichter intellektueller Beeinträchtigung scheint vor allem das Zusammenwirken postnatal ungünstiger Umwelteinflüsse mit bestimmten Genen eine ätiologisch ausschlaggebende Rolle zu spielen. Insbesondere das sozioökonomischen Niveau der Familie, der Bildungsstatus der Eltern und mütterlicher Alkohol- und Drogenkonsum zeigen sich als zentrale Einflussfaktoren (Sarimski & Steinhausen, 2008; Schanze, 2014). Des Weiteren können perinatale Ursachen wie ein zu früher Geburtstermin, fehlender Zugang zur Geburtshilfe oder Vernachlässigung des neugeborenen Kindes zu langfristigen intellektuellen Schädigungen führen (Lingg & Theunissen, 2017). Pränatale Ursachen wie genetische Defizite überwiegen bei schweren und schwersten intellektuellen Beeinträchtigungen (Häßler, 2011; Sarimski & Steinhausen, 2008). Generell nimmt die Bedeutung biologischer Faktoren mit zunehmenden Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung zu (Häßler, 2011; Weber & Rojahn, 2019). Bei einem Großteil der Fälle, vor allem bei leichten intellektuellen Beeinträchtigungen, bleiben die genauen Ursachen aufgrund komplexer Interaktionseffekte unbekannt (Bergmann, 2019; Lingg & Theunissen, 2017).

1.2 Verhaltensprobleme und psychische Störungen bei intellektueller Beeinträchtigung

Eine intellektuelle Beeinträchtigung geht in vielen Fällen mit problematischen Verhaltensweisen einher. Diese können sich in einer auto- oder fremdaggressiven, hyperaktiven, impulsiven und stereotypen Ausprägungsform in verschiedenen Intensitätsgraden äußern und eine angepasste Interaktion der betroffenen Person mit ihrer Umwelt verhindern (Barnhill et al., 2017; Bergmann, 2019). Insbesondere vom Umfeld wird dies oft als sehr belastend erlebt. Hieraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass die Verhaltensauffälligkeiten für die intellektuell beeinträchtigte Person selbst störend sein müssen (Došen, 2018; Weber & Rojahn, 2019). In der Regel weisen die Auffälligkeiten eine hohe Stabilität innerhalb des Entwicklungsverlaufs auf, der Anfang des Auftretens liegt oft im frühen Kleinkindesalter (Davies & Oliver, 2013; Häßler, 2011).

Zu beachten ist, dass Verhaltensauffälligkeiten nicht zwangsläufig Ausdruck einer psychischen Problematik sein müssen. So kann auffälliges Verhalten auch durch somatische Ursachen

oder Unwohlsein aufgrund von Hunger, Durst oder Müdigkeit ausgelöst werden (Bohlmann, 2011; Sarimski & Steinhausen, 2008). Zusätzlich müssen bestimmte Verhaltensphänotypen, das heißt Kombinationen aus Verhaltens- und Entwicklungsmerkmalen, berücksichtigt werden. Manche Verhaltensauffälligkeiten treten bei spezifischen genetischen Syndromen vermehrt auf (Sarimski & Steinhausen, 2008; Schanze et al., 2014). In manchen Fällen können die auftretenden Verhaltensprobleme aber auch auf eine psychische Störung hinweisen. Generell schließt das Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung die Manifestation weiterer komorbider psychischer Erkrankungen nicht aus (Došen, 2018; Lingg & Theunissen, 2017; Menolascino, 1970; Rojahn et al., 2004). Inzwischen besteht Konsens, dass Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung an den gleichen psychischen Störungen erkranken können, wie durchschnittlich intelligente Menschen (Došen, 2018; Došen & Day, 2001; Sarimski & Steinhausen, 2008). Hieraus ergibt sich für das Gesundheitssystem die Aufgabe, schon möglichst früh geeignete Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen, damit eine Chronifizierung der Symptomatik vorgebeugt werden kann (Weber & Rojahn, 2019). Im Folgenden soll auf verschiedene Aspekte und Besonderheiten eingegangen werden, die bei der Bewältigung dieser Aufgabe von Bedeutung sind.

1.2.1. Diagnostik psychischer Störungen bei intellektueller Beeinträchtigung

Die Diagnosestellung einer psychischen Erkrankung ist bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in der Regel erheblich erschwert. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Symptomatik stark von den Diagnosekriterien der in psychotherapeutischen Kontexten verwendeten Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-10 abweichen kann. So kann sich beispielsweise Depressivität oder Angst bei einer intellektuell beeinträchtigten Person auch in stark aggressiven und oppositionellen Verhalten ausdrücken (Barnhill et al., 2017; Došen, 2018; Schmidt & Meir, 2014; Weber & Rojahn, 2019). Generell ist die Basisrate an auffälligen Verhaltensweisen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung erhöht (Bergmann, 2019; Lingg & Theunissen, 2017). Diese müssen einerseits von psychischen Störungen im engeren Sinne differentialdiagnostisch abgegrenzt werden, andererseits werden psychopathologische Probleme dadurch oft fälschlicherweise dem im Rahmen der intellektuellen Beeinträchtigung normalen Verhaltensspektrum zugeordnet. Psychische Störungen werden daher im Sinne eines *diagnostic overshadowing* oft nicht erkannt (Reiss et al., 1982; Schmidt & Meir, 2014). Dementsprechend wird in vielen Fällen auch keine psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen. Die intellektuell beeinträchtigte Person selbst verfügt in vielen Fällen nicht über ein ausreichendes Störungsbewusstsein und die erforderlichen sprachlichen Kompetenzen, um selbstständig Hilfe bei der Bewältigung einzufordern (Schmidt & Meir, 2014).

Sovner & Hurley (1986) geben vier Aspekte an, welche zu Herausforderungen bei der Diagnostik führen und dementsprechend beachtet werden müssen:

- (1) Intellektueller Entwicklungsrückstand: Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung verfügen über begrenzte kommunikative und kognitive Fähigkeiten und können psychopathologische Phänomene daher selbst oft nicht adäquat berichten. Dies wird auch unter der Bezeichnung als *diagnostic underreporting* diskutiert (Schmidt & Meir, 2014).
- (2) Psychosoziale Maskierung: Für Außenstehende lässt sich nur eine verarmte Symptomatik beobachten, da intellektuell beeinträchtigte Menschen über weniger Ausdrucksmöglichkeiten der psychischen Problematik verfügen und ihre sozialen Fähigkeiten beeinträchtigt sind.
- (3) Kognitive Verschlechterung: Die diagnostische Situation verursacht Stress, wodurch die kognitiven Prozesse bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zusätzlich beeinträchtigt werden.
- (4) *Baseline exaggeration*: Bereits bestehende Auffälligkeiten können durch die psychische Erkrankung verstärkt werden, wodurch sich nicht deren Qualität, sondern die Quantität (Häufigkeit oder Ausprägungsgrad) ändert.

Als Reaktion auf die diagnostischen Probleme wurde von verschiedenen Forschergruppen versucht, die ICD- und DSM-Kriterien entsprechend der bei intellektuell beeinträchtigten Personen zu beobachtenden Symptomatik zu adaptieren. Im Rahmen dieser Bemühungen wurden verschiedene Klassifikationssysteme entwickelt. Erwähnenswert ist hierbei die in Großbritannien entwickelte DC-LD (*Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation*, Royal College of Psychiatrists, 2001) und die in Zusammenarbeit mit der APA erarbeitete DM-ID (*Diagnostic Manual- Intellectual Disability*, Barnhill et al., 2017). Gemeinsam ist beiden Klassifikationssystemen der Versuch, von intellektuell beeinträchtigten Menschen geäußerte Verhaltensweisen zu identifizieren, welche als Kriterien für die Diagnose einer psychischen Störung herangezogen werden können. In der klinischen Praxis wird in den meisten Fällen dennoch auf die ICD oder das DSM für die psychologische Diagnostik bei intellektueller Beeinträchtigung zurückgegriffen (Došen, 2018).

1.2.2 Häufigkeit psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei intellektueller Beeinträchtigung

In den letzten Jahrzehnten hat das Forschungsinteresse an epidemiologischen Erkenntnissen über die Population intellektuell beeinträchtigter Personen stark zugenommen. Er zeigt sich, dass bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung überdurchschnittlich häufig komorbide psychische Erkrankungen verschiedener Art vorliegen (Buckles et al., 2013; Cooper et al.,

2007; Deb et al., 2001; Einfeld et al., 2011; Emerson, 2003). Die Prävalenzangaben in verschiedenen Studien kennzeichnen sich durch eine große Spannweite, welche sich zu großen Teilen auf die beschriebenen diagnostischen Schwierigkeiten und die damit einhergehenden methodischen Qualitätsprobleme vieler Studien zurückführen lässt (Kufner, 2015; Sappok et al., 2010; Schanze, 2014).

Insbesondere auto- und fremdaggressive Verhaltensweisen scheinen bei intellektueller Beeinträchtigung häufiger aufzutreten als in der Normalpopulation (Häßler, 2011). Deb und Kollegen (2001) berichten in einer Untersuchung mit 101 intellektuell beeinträchtigten Personen zwischen 16 und 24 Jahren fremdaggressives Verhalten bei 23% und selbstverletzendes Verhalten bei 24% der Fälle. In einer weiteren Studie von Baumeister und Kollegen (1993) wird der prozentuale Anteil an aggressiven Verhaltensweisen bei intellektueller Beeinträchtigung mit 30 bis 55% angegeben.

In einem neun Primärstudien umfassenden systematischen Review von Einfeld und Kollegen (2011) wird ein häufiges Auftreten mindestens einer komorbiden psychiatrischen Erkrankung bei intellektueller Beeinträchtigung berichtet, die genauen Prävalenzraten bleiben jedoch uneindeutig. So wird die Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen in einem Bereich zwischen 30 und 50% und bei Adoleszenten zwischen 24 bis 54% verortet. Hieraus leiten Einfeld und Kollegen (2011) eine 2.8 bis 4.5-fach erhöhte Rate psychischer Störungen für junge Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ab. Für intellektuell beeinträchtigte Erwachsene berichten Buckles und Kollegen (2013) in einem systematischen Review psychiatrische Diagnoseraten zwischen 13.9% und 31.7%. Zusammenfassend kann anhand der Ergebnisse verschiedener epidemiologischer Untersuchungen von einer in einem Bereich zwischen 30 bis 50% liegenden Prävalenz für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei intellektueller Beeinträchtigung ausgegangen werden. Das Erkrankungsrisiko für diese Personengruppe wird im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von verschiedenen Autoren somit als drei- bis vierfach oder sogar fünffach erhöht angegeben (Došen, 2018; Sarimski & Steinhausen, 2008; Schanze, 2014).

1.2.3 Ätiologische Erklärungsansätze für psychische Störungen bei intellektueller Beeinträchtigung

Das erhöhte Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung bei intellektueller Beeinträchtigung kann viele Gründe haben. Grundsätzlich haben intellektuell beeinträchtigte Menschen die gleichen psychischen Grundbedürfnisse wie durchschnittlich intellektuell befähigte Menschen. Hierunter fallen Lustempfinden und Unlustvermeidung, Orientierung und Kontrolle, enge Bindungen, Selbstwerterhalt und Selbstwerterhöhung (Grawe, 2000). Es erscheint

plausibel, dass diese Bedürfnisse infolge der intellektuellen Beeinträchtigung häufiger unbefriedigt bleiben und die Manifestation psychischer Auffälligkeiten dadurch begünstigt wird. Viele ätiologische Konzepte gehen daher von einer prämorbidem Vulnerabilität aus. Verschiedene Risikofaktoren auf biologisch-genetischer, psychischer und sozialer Ebene treten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf, weshalb sie grundsätzlich vulnerabler sind (Došen, 2018; Hulbert-Williams & Hastings, 2008; Koskentausta et al., 2007). Auf biologischer Ebene wird vor allem Entwicklungsaspekten eine zentrale Bedeutung zugeschrieben. Verschiedene neurologische und psychologische Prozesse entwickeln sich bei intellektuell beeinträchtigten Menschen mit einer anderen Geschwindigkeit und möglicherweise in eine von der Norm abweichende Richtung (Došen, 2018; Menolascino, 1970). Auch kann eine generelle Prädisposition für ein bestimmtes psychisches Störungsbild vererbt werden (Bergmann, 2019). Gleichzeitig sind die Interaktionserfahrungen mit der Umwelt aufgrund der defizitären sozioemotionalen und kommunikativen Entwicklung in vielen Fällen von Schwierigkeiten geprägt. Auf sozialer Ebene werden intellektuell beeinträchtigte Menschen häufig mit Ablehnungs- oder Stigmatisierungserfahrungen, Versagenserlebnissen und einem erhöhten Missbrauchsrisiko konfrontiert (Hulbert-Williams & Hastings, 2008; Koskentausta et al., 2007; Sappok et al., 2010). Oft kennzeichnet sich bereits die frühe Eltern-Kind-Interaktion aufgrund der besonderen Bedürfnisse des Kindes durch wiederholte Misserfolge und Enttäuschungen (Stahl, 2003). Stresstoleranz und Selbsthilfekompetenzen entwickeln sich in vielen Fällen in einem geringeren Ausmaß, wodurch eine Wiederholung der negativen sozialen Erfahrungen begünstigt wird (Došen, 2018; Schanze, 2014). Adaptive psychologische Bewältigungsstrategien für einen Umgang mit diesen psychosozialen Herausforderungen sind oft nur rudimentär vorhanden (Taylor et al., 2008). Langfristig kann sich dies in einem Gefühl der sozialen Inkompetenz und einem negativen Selbstkonzept manifestieren (Bergmann, 2019; Sarimski & Steinhausen, 2008).

Es muss an dieser Stelle betont werden, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung selbstverständlich auch gut an ihre Umgebung angepasst und zufrieden mit sich selbst und anderen Menschen leben können. Trotz der erhöhten Vulnerabilität kann keineswegs die Rede davon sein, dass eine intellektuelle Beeinträchtigung zwangsläufig mit psychischen Problemen einhergehen muss (Whitaker & Read, 2006).

1.3 Angststörungen bei intellektueller Beeinträchtigung

In den folgenden Abschnitten soll die im Zentrum dieser Arbeit stehende Symptomatik von Angststörungen dargestellt werden. Dabei wird der Fokus auf phänomenologische Besonderheiten bei zusätzlichem Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung gelegt.

Das Gefühl von Angst kann aus evolutionärer Perspektive als ein Warnsystem vor Bedrohungen aufgefasst werden, welches gegebenenfalls erforderliche Angriffs- oder Fluchtreaktionen einleitet. Kommt es zu einer Verselbstständigung und übermäßigen Aktivität dieses Angstsystems, kann sich eine pathologische Angststörung manifestieren (Došen, 2018; Elstner & Salzmann, 2014). In der ICD-10 werden Angststörungen anhand des angstauslösenden Stimulus klassifiziert. Unter dem Oberbegriff der Angststörung werden Phobien (F40), Panikstörungen (F41.0) und die generalisierte Angststörung (F41.1) aufgeführt. Phobien können in Form einer Agoraphobie (F40.1), einer sozialen Phobie (F40.2) oder einer spezifischen (isolierten) Phobie (F40.3) auftreten. Bei Kindern und Jugendlichen kann außerdem die Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0) diagnostiziert werden. All diesen Störungsbildern ist gemein, dass Angstreaktionen wiederholt in einer extremen und nicht situationsangemessenen Form auftreten. Typischerweise äußert sich dies auf der Verhaltensebene in einer Vermeidung der angstbesetzten Stimuli, auf emotionaler Ebene in einem Gefühl von Angst und Panik, auf kognitiver Ebene in durch Sorgen und Furcht dominierten Gedankengängen und auf physiologischer Ebene im Erleben einer intensiven körperlichen Anspannung. Die Intensität dieser Reaktionen ist so extrem, dass erhebliche Beeinträchtigungen für die betroffene Person entstehen (APA, 2013; WHO, 1992).

Epidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Angststörungen und allgemeine Ängste vermutlich häufiger auftreten als bei durchschnittlich intelligenten Menschen. Dekker und Koot (2003) untersuchten eine Stichprobe von 474 intellektuell beeinträchtigten Personen im Alter von 7 und 20 Jahren und ermittelten dabei anhand der DSM-IV Kriterien für Angststörungen eine Prävalenz von 22%. Dabei erfüllten 17.5% der untersuchten Fälle die Diagnosekriterien einer spezifischen Phobie. In einer weiteren Studie von Emerson (2003) wurden für intellektuell beeinträchtigte Kinder Raten von 8.7% beziehungsweise ein 2.5-fach erhöhtes Risiko für Angststörungen berichtet. Auf Basis einer 31 Studien umfassenden systematischen Übersichtsarbeit von Oesburg und Kollegen (2011) kann die Prävalenz einer Angststörung bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in einem Bereich um 17% eingeordnet werden. In einer Metaanalyse von Maïano und Kollegen (2018) wurden darüber hinaus Prävalenzen für die verschiedenen Formen von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung berechnet. Berücksichtigt wurden 20 zwischen 1975 und 2015 veröffentlichte Studien, in denen insgesamt 57.971 Kinder und Jugendliche untersucht wurden. Es ergab sich über alle Samples hinweg eine Prävalenz von 11.5% für spezifische Phobien, 5.4% für kombinierte Ängste, 5% für Trennungsängste und 2.7% für soziale Ängste. Dabei zeigte sich eine Verschiebung der Häufigkeit

verschiedener Angstformen mit zunehmendem Alter: Während im Kindesalter Trennungsängste mit einer Prävalenz von 17.6% am häufigsten auftreten, liegen im Jugendalter vor allem spezifische Phobien mit einer Prävalenz von 19.8% vor (Maïano et al., 2018).

Betrachtet man die Symptomatologie von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, lassen sich in vielen Fällen atypische Symptome erkennen. In Folge dessen können die Diagnosekriterien des ICD-10 und DSM-5 nur eingeschränkt auf das Klientel intellektuell beeinträchtigter Menschen übertragen werden. Auch wird das Stellen einer eindeutigen Diagnose dadurch erschwert, dass das Vorliegen diagnoserelevanter Symptome aufgrund der kognitiven und kommunikativen Defizite oft nicht klar abgesichert werden kann (Došen, 2018; Morin et al., 2010). Intellektuell beeinträchtigte Personen sind in vielen Fällen nicht in der Lage, diagnostische Informationen über kognitive oder emotionale Inhalte zu kommunizieren (Bergmann, 2019; Došen, 2018). Dementsprechend können im Kontext von Angststörungen relevante kognitive Phänomene wie Depersonalisation oder Derealisation nicht für die Diagnose herangezogen werden und es muss verstärkt auf die objektiv beobachtbaren Anteile der Angstsymptomatik fokussiert werden. Hinweise auf das Auftreten von Angst bei einer intellektuell beeinträchtigten Person können oft aus dem Gesichtsausdruck oder anderen behavioralen Manifestationen abgeleitet werden (Barnhill et al., 2017; Pruijssers et al., 2014). Oftmals kommt es zu motorisch unruhigen Verhalten, Zittern, Problemen mit Schlaf und Konzentration, Mundtrockenheit, Schweißausbrüchen, Kopfschmerzen und einer hohen Irritabilität. Irritabilität und Unruhe können sich auch in aggressiven und destruktiven Verhaltensweisen gegenüber der eigenen Person oder dem Umfeld äußern. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die betroffene Person ihre Ängste und Sorgen nicht in einer verbalen Form zum Ausdruck bringen kann. Des Weiteren kann das für Angststörungen typische Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten bei intellektuell beeinträchtigten Menschen oft nicht direkt zu erkennen sein. Dies ist darauf zurückzuführen, dass intellektuell beeinträchtigte Menschen oft in ihren Möglichkeiten eingeschränkt sind, angstbesetzte Inhalte selbstbestimmt zu vermeiden (Barnhill et al., 2017; Royal College of Psychiatrists, 2001).

1.3.1 Besonderheiten der verschiedenen Formen von Angststörungen

Im Folgenden sollen die jeweils zentralen Symptome für die verschiedenen Angststörungsbilder und die Besonderheiten beim zusätzlichen Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung im Einzelnen beschrieben werden.

Agoraphobie: Bei einer Agoraphobie (F40.0) ist die Angst vor einem möglichen Angstanfall und einem damit einhergehenden Kontrollverlust zentral. Dies lässt sich als eine Angst vor der Angst umschreiben. Betroffene zeigen ein ausgeprägtes und generalisiertes

Vermeidungsverhalten in Bezug auf bestimmte Orte und Situationen, wodurch sie im Extremfall nicht mehr die eigene Wohnung verlassen können. Die Lebensführung ist dadurch erheblich beeinträchtigt. Bei manchen Betroffenen tritt die Agoraphobie gemeinsam mit einer Panikstörung auf. In diesem Fall kann eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) diagnostiziert werden (Margraf & Schneider, 2018; WHO, 1992). Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung äußern sich agoraphobische Inhalte in vielen Fällen durch starke vegetative Reaktionen beim Verlassen der eigenen Wohnung oder anderen als sicher eingeschätzten Orte. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die verbale Kommunikation eingeschränkt ist (Ellison, 1997). Eine Erfassung agoraphobischer Inhalte auf kognitiver Ebene (Gedanken daran, dass ein Verlassen der angstbesetzten Situation nicht möglich oder keine Hilfe verfügbar ist) ist aufgrund der kognitiven Einschränkungen in vielen Fällen nicht möglich. Des Weiteren kann nicht davon ausgegangen werden, dass intellektuell beeinträchtigte Personen über die selbstbestimmten Handlungsmöglichkeiten verfügen, um ein gezieltes agoraphobisches Vermeidungsverhalten zu zeigen (Barnhill et al., 2017).

Soziale Phobie: Die soziale Phobie (F40.1) kennzeichnet sich durch eine übermäßige Angst vor Leistungs- oder interpersonellen Situationen aufgrund der Befürchtung, sich peinlich zu verhalten und dadurch von anderen abgelehnt oder negativ bewertet zu werden. Auch hier kommt es zu einer Vermeidung der angstbesetzten sozialen Situationen und stark ausgeprägten körperlichen und kognitiven Symptomen. In Extremfällen kann dies zu einer vollkommenen sozialen Isolation führen (APA, 2013; Fydrich, 2018; WHO, 1992). Bei intellektueller Beeinträchtigung liegen auf sozialer Ebene häufig Versagensängste und Minderwertigkeitsgefühle vor. Diese können sich durch sozialen Rückzug, eine allgemeine soziale Gehemmtheit, Scheu und Schüchternheit ausdrücken. Die Erfassung sozialphobischer Inhalte auf kognitiver Ebene sowie von gezielten Vermeidungsverhalten kann auch hier deutlich erschwert sein. In den angstbesetzten sozialen Situationen können aber in der Regel verhaltensbezogene Symptome wie Weinen, Wutanfälle, Bewegungslosigkeit oder Schwierigkeiten bei der verbalen Artikulation beobachtet und für die Diagnosestellung herangezogen werden. Bei moderater und schwerer intellektueller Beeinträchtigung ist darauf zu achten, ob sich diese sozialphobischen Verhaltenssymptome auch bei Kontakt mit bekannten Personen äußern (Barnhill et al., 2017). Insgesamt ist es naheliegend anzunehmen, dass intellektuell beeinträchtigte Menschen aufgrund ihrer häufigen sozialen Stigmatisierungs- und Ablehnungserfahrungen einem erhöhten Risiko für die Entwicklung sozialer Ängste ausgesetzt sind (Barnhill et al., 2017; Ehrenreich-May & Remmes, 2013).

Spezifische Phobie: Bezieht sich die übermäßige Angst auf ein klar umschriebenes Objekt oder eine Situation, spricht man von einer spezifischen Phobie (F40.2). Bei dieser kommt es zu einer unmittelbaren Angstreaktion bei Konfrontation mit dem angstbesetzten Stimuli, welche sich in einem starken Vermeidungsverhalten niederschlägt, obwohl die betroffene Person erkennt, dass die Angst übertrieben ist (Wannemüller, 2018; WHO, 1992). Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist diese Einsicht in die Unverhältnismäßigkeit der Angstreaktion in vielen Fällen nicht gegeben (Barnhill et al., 2017; Elstner & Salzmann, 2014). Auch bezieht sich die Angst oftmals auf andere Inhalte als bei durchschnittlich intelligenten Personen. Die Angstthemen entsprechen eher dem sozio-emotionalen Entwicklungsniveau und nicht dem chronologischen Alter der zu behandelnden intellektuell beeinträchtigten Person (Duff et al., 1981; Ehrenreich-May & Remmes, 2013). Reale Situationen und Objekte stehen in der Regel im Zentrum, irrationale Ängste treten seltener auf. Insbesondere Dunkelheit, Gewitter, die Hölle, Sexualität und Berührung, Keime, Hunde, Autofahrten und Arztbesuche können angstbesetzte Inhalte darstellen (Novosel, 1984; Stavrakaki & Lunskey, 2007). Hinweise auf spezifische Angstgehalte lassen sich vor allem aus dem Auftreten vegetativer Symptome bei Konfrontation mit den entsprechenden angstbesetzten Objekten oder Situationen ableiten (Barnhill et al., 2017).

Panikstörung: Panikstörungen (F41.0) kennzeichnen sich durch wiederholte, zeitlich ungrenzte und plötzlich auftretende Anfälle akuter und extremer Angst, die nicht durch eine real vorliegende Gefahr verursacht werden und mit starken körperlichen und kognitiven Symptomen einhergehen. Für die Diagnose einer Panikstörung muss es während des Monats nach einem Angstanfall zum Auftreten von Sorgen über weitere Panikattacken oder zu maladaptiven Verhaltensänderungen mit dem Ziel einer Vermeidung weiterer Panikattacken kommen (Röttgers & Wittbrock, 2019). Panikattacken treten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in vergleichbarer Form wie bei durchschnittlich intelligenten Menschen auf und lassen sich zumindest bei starker Ausprägung anhand der vegetativen Symptome von außen gut erkennen. Diese können sich in Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Atemknappheit, Erstickengefühlen, Brustschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Taubheitsgefühlen oder Hitze-/Kälteschauern ausdrücken. Auch kann sich ein ruheloses und irritiertes Verhalten äußern (Elstner & Salzmann, 2014). Kognitive Aspekte von Panikattacken wie ein Gefühl von Derealisation oder Depersonalisation, die Angst vor Kontrollverlust und das Auftreten von exzessiven Sorgen oder Todesängsten lassen sich nur schwer identifizieren. Auch kann es für intellektuell beeinträchtigte Personen schwierig sein, dem zeitlichen Kriterium des Auftretens von Sorgen oder Vermeidung

innerhalb eines Monats nach der Panikattacke entsprechende Verhaltensweisen zuzuordnen (Barnhill et al., 2017).

Generalisierte Angststörung: Die generalisierte Angststörung (F41.1) bezieht sich auf einen chronischen und nicht periodisch auftretenden Angstzustand, der durch anhaltende Sorgen in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche und die Zukunft geprägt ist. Diese sind nicht an einen spezifischen Reiz gebunden und gehen in vielen Fällen mit körperlicher Anspannung, Schlafproblemen und einem übermäßigen Rückversicherungsverhalten einher. Zusätzlich liegt auch hier das für Angststörungen typische Vermeidungsverhalten vor, welches sich vor allem auf als potenziell bedrohlich eingeschätzte Gedanken, Situationen und Objekte bezieht (Becker, 2018; WHO, 1992). Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kommt es neben dem subjektiven Erleben intensiver Sorgen oftmals zu motorisch unruhigen Verhalten, Zittern, Problemen mit Schlaf und Konzentration und einer hohen Irritabilität. Diese Verhaltensweisen können von außen in der Regel gut beobachtet werden. Die Bewertung des Vorliegens des kognitiven Kriteriums übersteigerter und unkontrollierter Sorgen über verschiedene alltägliche Domänen kann hingegen deutlich erschwert sein. Für die intellektuell beeinträchtigte Person selbst kann es unter Umständen nicht möglich sein, das Auftreten von nicht kontrollierbaren Sorgen zu erkennen und verbal zu beschreiben. Insbesondere bei schweren intellektuellen Beeinträchtigungen ist die klare Diagnose einer generalisierten Angststörung daher kaum möglich (Barnhill et al., 2017).

Trennungsangst: Im Kindesalter kann bei durchschnittlich intelligenten Menschen das Vorliegen einer Trennungsangst (F93.0) diagnostiziert werden. Diese umfasst eine übermäßige Angst bei der Trennung von den Bezugspersonen. Im frühesten Kindesalter ist diese Angstreaktion entwicklungsphasentypisch. Gelingt die Trennung von den Eltern allerdings auch in einem Alter von 3 oder 4 Jahren nicht ohne emotionale Belastung, kann dies auf das Vorliegen einer klinischen Trennungsangst im Sinne einer kindlichen Angststörung hinweisen. Diese führt in der Regel zu deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag des Kindes und kann eine normative Entwicklung erschweren (Schneider & Blatter-Meunier, 2019; WHO, 1992). Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung führt die Trennung von vertrauten Personen sehr häufig zu einer stark ausgeprägten Angst. Dabei spielt das emotionale Entwicklungsniveau eine zentrale Rolle. Befindet sich eine Person mit intellektueller Beeinträchtigung auf einem eher niedrigen emotionalen Entwicklungsniveau, können auch bis ins Erwachsenenalter hinein noch klinisch relevante Trennungsängste auftreten (Bergmann, 2019; Došen, 2018).

1.4 Psychotherapie bei intellektueller Beeinträchtigung

Innerhalb der psychotherapeutischen Fachwelt herrschte lange Zeit ein „therapeutischer Nihilismus“ (Lingg & Theunissen, 2017, S. 12) bezüglich der Behandlung intellektuell beeinträchtigter Menschen. Das Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung wurde als Ausschlusskriterium für die Durchführbarkeit einer Psychotherapie angesehen. Es wurde angenommen, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung aufgrund ihrer kommunikativen und kognitiven Defizite nicht von den üblicherweise gesprächsorientierten Psychotherapieformen profitieren können (Hurley et al., 1998; Langdon et al., 2017; Vereenooghe & Langdon, 2013). Des Weiteren wurden psychische Auffälligkeiten oft als direkter Ausdruck der intellektuellen Beeinträchtigung und somit als nicht separat behandelbar angesehen (Glasenapp, 2019; Lingg & Theunissen, 2017).

Inzwischen wurden diese Ansichten in der Fachwelt durch den Konsens abgelöst, dass Psychotherapie bei intellektuell beeinträchtigten Personen unabhängig vom Schweregrad möglich und hilfreich ist (Beail, 2017; Bergmann, 2019; Došen, 2018; Kufner, 2015; Langdon et al., 2017; Vereenooghe et al., 2015). Dies spiegelt sich in der im Sozialgesetzbuch (SGB) V formulierten Forderung wider, dass Psychotherapie auch Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vollumfänglich zur Verfügung gestellt werden muss (SGB V, 2014). Der genaue Indikationsbereich einer Psychotherapie kann aufgrund der fließenden Übergänge zwischen Verhaltensauffälligkeit, Verhaltensstörung und psychischer Störung dabei nicht absolut festgelegt werden. Insbesondere bei subklinischen Auffälligkeiten können auch sonder- und heilpädagogischen Methoden Ansatzpunkte für eine angemessene Behandlung bieten (Bergmann, 2019). Bei vorliegender Diagnose einer psychischen Störung ist aber in jedem Falle eine Psychotherapie indiziert (Došen, 2018).

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie mit intellektuell beeinträchtigten Personen liegt der Fokus oft stärker auf der verhaltenstherapeutischen als auf der kognitiven Arbeit (Sturmey, 2004, 2006). Dies ist darauf zurückzuführen, dass verhaltenstherapeutische Interventionen in einem geringeren Ausmaß von expressiven und rezeptiven Kommunikationsfähigkeiten abhängig sind. Verhaltenstherapeutische Methoden wie soziales Kompetenztraining, Problemlösestrategien, Reizkonfrontation und Verstärkungstechniken stehen daher in vielen Behandlungsfällen intellektuell beeinträchtigter Personen im Vordergrund (Bergmann, 2019; Lingg & Theunissen, 2017). Hurley und Kollegen (1998) kritisieren diese übermäßige Einengung auf psychotherapeutische Methoden, die auf eine Verhaltensmodifikation abzielen. Problematisch ist, dass das psychologische Wohlbefinden der zu behandelnden Person selbst dadurch leicht

vernachlässigt werden kann und statt dessen Bedürfnisse des Umfelds in den Mittelpunkt der Behandlung gestellt werden (Kroese, 1998; Waitman & Reynolds, 1992).

Für die Anwendung kognitiv orientierter Methoden bei intellektueller Beeinträchtigung liegt nur eine geringe Menge an methodisch guten Forschungsarbeiten vor (Kosłowski et al., 2016). Aufgrund ihrer Komplexität gehen kognitive Verfahren in der Regel mit höheren verbalen Anforderungen einher. Die Fähigkeit des logischen Denkens, ein Verständnis für emotionale Zustände, Perspektivenübernahmen und die Ausführung schriftlicher Hausaufgaben werden in vielen Fällen vorausgesetzt. Es kann angenommen werden, dass dies manchen intellektuell beeinträchtigten Personen Probleme bereiten kann. So können beispielsweise Schwierigkeiten bei der Unterscheidung verschiedener emotionaler Zustände vorliegen, was für viele kognitive Interventionen von entscheidender Bedeutung ist (McKenzie et al., 2001). Gleichzeitig gibt es aber auch Evidenz dafür, dass bei Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung viele kognitive Aufgaben oder zumindest zentrale Aspekte davon gut gelöst werden können. Es konnte gezeigt werden, dass Erwachsene mit leichter bis mittelgradiger Intelligenzminderung Gedanken, Gefühle und Verhalten korrekt identifizieren, unterscheiden und in eine Beziehung zueinander setzen können (Dagnan et al., 2000; Joyce et al., 2006; Oathamshaw & Haddock, 2006; Sams et al., 2006). Viele Personen mit intellektueller Beeinträchtigung können darüber hinaus ihre emotionalen Zustände selbst valide berichten und Basisemotionen problemlos zu verschiedenen Szenarien zuordnen (Lindsay et al., 1994; Reed & Clements, 1989). Rose und Kollegen (2000) berichten des Weiteren, dass intellektuell beeinträchtigte Menschen angemessen auf wahrgenommene emotionale Zustände reagieren und entsprechende Selbstmanagementstrategien anwenden können. Insgesamt wird die Integration kognitiver Elemente für die therapeutische Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Personen somit als vielversprechend eingeschätzt (Taylor et al., 2008). Auch gibt es Hinweise darauf, dass sich die kognitiven Fähigkeiten intellektuell beeinträchtigter Menschen durch gezielte Trainingssitzungen erheblich verbessern lassen (Bruce et al., 2010; Vereenooghe et al., 2015). Dies deutet auf eine Lernfähigkeit in kognitiven Bereichen hin und bietet somit einen potentiell hilfreichen Ansatzpunkt für die Psychotherapie mit dieser Personengruppe, welcher allerdings noch genauer untersucht werden muss (Langdon et al., 2017).

1.4.1 Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei intellektueller Beeinträchtigung jeglichen Schweregrads wird in der Fachwelt inzwischen allgemein anerkannt (Došen, 2018; Langdon et al., 2017). Über alle Therapieschulen hinweg liegen allerdings nur wenige klinische Untersuchungen vor und der Evidenzgrad vieler in der Praxis angewandten therapeutischen

Techniken ist als eher gering zu bewerten (Häßler, 2011; Whitehouse et al., 2006). Ein Großteil der Forschung bezieht sich auf die Übertragbarkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen auf die Population intellektuell beeinträchtigter Menschen, da für diese Verfahren die Evidenzlage in der Allgemeinbevölkerung am robustesten ist (Butler et al., 2006). Die hierzu vorliegenden Studien beziehen sich fast ausschließlich auf erwachsene Personen und weisen oft methodische Probleme wie kleine Stichproben, fehlende Randomisierung und unklar beschriebene Interventionen auf (Langdon et al., 2017; Vereenooghe & Langdon, 2013). Daher ist noch keine abschließende Bewertung der genauen Effektivität von Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung möglich, auch wenn die aktuelle Befundlage positive Effekte nahelegt (Taylor et al., 2008). Neben den Ergebnissen quantitativer Untersuchungen lassen sich auch qualitative Ergebnisse berichten, die darauf hinweisen, dass intellektuell beeinträchtigte Personen eine Psychotherapie als hilfreich und positiv erleben (Roscoe et al., 2016; Unwin et al., 2016).

Vereenooghe und Langdon (2013) fassten in einer Metaanalyse die Ergebnisse von 14 kontrollierten klinischen Studien zusammen, welche größtenteils, aber nicht ausschließlich, die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei intellektuell beeinträchtigten Kindern und Erwachsenen untersuchten. Es ergab sich eine moderate Effektstärke von $g = .682$ (95%-KI [.379, .985], $N = 663$) über alle Studien hinweg. Darüber hinaus zeigte sich beim Vergleich von gruppen- und einzeltherapeutischen Formaten eine geringere Effektstärke bei Gruppentherapien ($g = .558$, 95%-KI [.213, .903], $N = 477$) als bei Einzeltherapien ($g = .778$, 95%-KI [.110, .1.445], $N = 124$). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zeigten sowohl bei Wut ($g = .827$, 95%-KI [.508, .1.146], $N = 496$) als auch bei Depression ($g = .827$, 95%-KI [-.116, .1.599], $N = 126$) moderate bis große Effektstärken, nicht jedoch bei interpersonellen Problemen. Für die Behandlung von Angststörungen wurden keine Studien identifiziert und dementsprechend keine Effektstärken berechnet. Insgesamt kann die Metaanalyse von Vereenooghe und Langdon (2013) dennoch als Beleg für die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei intellektueller Beeinträchtigung angeführt werden.

Außerhalb des Spektrums kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden liegt eine unzureichende Evidenzbasierung vor. So erfüllte keine auf psychodynamische Interventionen abzielende Studie die Einschlusskriterien für die Metaanalyse von Vereenooghe und Langdon (2013). Es existieren zum jetzigen Zeitpunkt kaum kontrollierten klinischen Studien mit Vergleichsgruppen zur Wirksamkeit psychoanalytischer, tiefenpsychologischer oder psychodynamischer Verfahren bei intellektuell beeinträchtigten Menschen (Langdon et al., 2017). In einem 13 psychodynamisch orientierte Studien umfassenden systematischen Review

bilanzieren Sheperd und Beail (2017) in diesem Sinne, dass sich zwar in Einzelfallstudien durchaus Hinweise auf die Effektivität psychodynamischer Verfahren bei intellektueller Beeinträchtigung identifizieren lassen, diese aufgrund der methodischen Probleme allerdings vorsichtig interpretiert werden müssen. Die Anzahl an Publikationen zu diesem Thema nimmt aber zu und der praktische Konsens ist, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durchaus auch für psychodynamische oder psychoanalytische Psychotherapien geeignet sein können (Došen, 2018; Hollins, 2001).

Für die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Verfahren lässt sich eine größer werdende Evidenzgrundlage berichten. Hwang und Kearney (2013) ziehen in einem systematischen Review anhand von 12 Studien zu achtsamkeitsbasierten Methoden bei intellektuell beeinträchtigten Menschen das Fazit, dass klare Hinweise auf deren Einsatzfähigkeit und Effektivität für verschiedene Problembereiche vorliegen. Gleichzeitig zeigen sich aber auch hier erhebliche methodische Schwächen innerhalb der einzelnen Studien, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Auch für weitere Therapiansätze der dritten Welle wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie werden erste Erfolge bei der Behandlung intellektuell beeinträchtigter Menschen berichtet (Elstner et al., 2012).

1.4.2 Psychotherapeutische Versorgungssituation intellektuell beeinträchtigter Menschen

Die psychotherapeutische Versorgungssituation für intellektuell beeinträchtigte Personen ist als defizitär zu bezeichnen und wird dem hohen Therapiebedarf nicht annähernd gerecht. Insgesamt gibt es nur wenig stationäre und ambulante Behandlungsangebote für intellektuell beeinträchtigte Menschen und es existiert keine flächendeckende Versorgung. Ein Großteil der Behandlungsangebote zentriert sich in wenigen psychiatrischen Kliniken, welche aufgrund ihrer starken Auslastung und der regional ungleichen Verteilung nicht leicht zugänglich sind (Häßler, 2011; Seidel, 2014; Stünkel-Grees et al., 2018). Diese Unterversorgung äußert sich darin, dass nur bei 8% aller psychiatrischen Kliniken ambulante oder stationäre Spezialangebote für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vorliegen (Hennicke & Seidel, 2005). Gleichzeitig sind die wenigen Anlaufstellen für psychotherapeutische Unterstützung nur mangelhaft miteinander vernetzt, was vor dem Hintergrund der bei intellektueller Beeinträchtigung in der Regel erforderlichen multiprofessionellen Behandlung durch verschiedene Berufsgruppen und Hilfesysteme besonders problematisch ist (Häßler, 2011). Der Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung ist somit weder quantitativ noch qualitativ ausreichend abgedeckt. Ambulant wird außerdem oft ausschließlich medikamentös und ohne Berücksichtigung von möglichen Problemen innerhalb des Umfelds behandelt (Došen, 2018; Stahl, 2003). Je nach Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung werden bei 25 bis 40% aller zu behandelnden

Personen Psychopharmaka eingesetzt, was viel häufiger ist als bei durchschnittlich intelligenten Menschen (Došen, 2018; Häßler, 2011).

Auf Ebene des Versorgungssystems zeigt sich außerdem, dass viele in Gesundheitsberufen beschäftigte Personen nur über eine mangelnde Ausbildung hinsichtlich der Behandlung intellektuell beeinträchtigte Menschen verfügen und sich dadurch nicht zuständig für diese Personengruppe fühlen (Royal College of Psychiatrists, 2004; Vogel, 2012). Viele Therapierende erachten sich als nicht kompetent und erfahren genug, um intellektuell beeinträchtigte Personen zu behandeln (Hurley et al., 1998; Kufner, 2015; Morin et al., 2010; Royal College of Psychiatrists, 2004). Auch liegen nach wie vor Vorbehalte hinsichtlich der Kommunikations-, Introspektions- und Reflektionsfähigkeit intellektuell beeinträchtigter Personen und der Wirksamkeit einer Psychotherapie bei dieser Personengruppe vor (Adams & Boyd, 2010; Lingg & Theunissen, 2017; Stahl, 2003). Des Weiteren lässt sich hervorheben, dass es kaum an die Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepasste Therapiekonzepte und -materialien gibt. Diese müssen daher in der Regel von Therapierenden selbst adaptiert werden, was mit einem erheblichem Mehraufwand und vielen Unsicherheiten einhergeht (Došen, 2018; Stahl, 2003; Whitaker & Read, 2006; Whitehouse et al., 2006).

Zusammengenommen führen die beschriebenen Schwierigkeiten dazu, dass vielen therapiebedürftigen intellektuell beeinträchtigten Menschen eine psychotherapeutische Behandlung verwehrt bleibt, auch wenn einige Barrieren inzwischen weniger restriktiv sind und sich die verschiedenen Therapierichtungen zunehmend für intellektuell beeinträchtigte Personen öffnen (Metaxas et al., 2014; Whitehouse et al., 2006). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) spricht in ihrem Positionspapier von einer nach wie vor nicht akzeptablen Situation, welche aufgrund ihres diskriminierenden Charakters „mit Nachdruck zu kritisieren“ ist (DGPPN, 2019, S. 1). Die Entwicklung zielgruppenspezifischer Spezialangebote und präventiver Methoden, ein Ausbau der Weiterbildungsmöglichkeiten für Therapierende sowie eine Weiterentwicklung und Anpassung von Psychotherapieverfahren werden als zentrale Ansatzpunkte für eine Verbesserung der prekären Versorgungssituation angeführt (DGPPN, 2019).

1.4.3 Besonderheiten des psychotherapeutischen Behandlungsprozesses bei intellektuell beeinträchtigten Menschen

Die psychotherapeutische Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen kennzeichnet sich durch besondere Herausforderungen. Wichtig ist, dass nicht die intellektuelle Beeinträchtigung, sondern die komorbide psychische Störung behandelt wird (Došen, 2018). Da intellektuell beeinträchtigte Menschen die gleichen psychischen Störungen entwickeln können, wie

durchschnittlich intelligente Menschen, müssen sie auch die gleiche Behandlung bekommen. Es bedarf somit keiner besonderen Form der Psychotherapie (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Stahl, 2003). Der Fokus kann im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes je nach Problembereich auf der Person mit der Störung, ihrer Umwelt oder der Interaktion der Person mit der Umwelt liegen. Vornehmlich wird versucht, die psychosoziale Funktionsfähigkeit der zu behandelnden intellektuell beeinträchtigten Person zu erhöhen (Došen, 2018).

Zu beachten ist, dass die Population intellektuell beeinträchtigter Menschen eine hohe Heterogenität aufweist. Therapeutische Methoden müssen daher flexibel an die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten einzelner Personen angepasst werden (Hronis et al., 2017; Hurley et al., 1998; Vereenooghe & Langdon, 2013). Das Royal College of Psychiatrists (2004) weist in diesem Sinne darauf hin, dass Flexibilität eine Voraussetzung für die Effektivität von Psychotherapie bei intellektueller Beeinträchtigung darstellt und dementsprechend nicht starr an den bei der Behandlung durchschnittlich intelligenter Menschen etablierten Vorgehensweisen festgehalten werden darf.

Hurley, Tomasulo und Pfadt (1998) beschreiben neun Ansatzpunkte für eine Adaption psychotherapeutischer Methoden an die Zielgruppe intellektuell beeinträchtigter Menschen: 1) Vereinfachung der Interventionen, 2) Anpassung des Sprachniveaus, 3) Einbau von Aktivitätstechniken, 4) Berücksichtigung des Entwicklungsniveaus, 5) direktiveres Vorgehen, 6) Einsatz flexibler Methoden, 7) Einbezug von Bezugspersonen, 8) Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung und 9) Thematisierung der Beeinträchtigung. Dabei betonen die Autoren, dass die Grenzen zwischen verschiedenen Therapieschulen bei der Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Personen nicht klar zu ziehen sind und ein übergreifender, flexibler Behandlungsansatz zu empfehlen ist. In einer Übersichtsarbeit von Whitehouse und Kollegen (2006) wurden Studien, die sich mit den von Hurley und Kollegen (1998) vorgeschlagenen Adaptionen beschäftigten, zusammengefasst. Es zeigte sich, dass bei der kognitiven Verhaltenstherapie insbesondere Flexibilität eine zentrale Komponente darstellt, bei psychodynamischen Verfahren hingegen vor allem Übertragung und Gegenübertragung als Modifikation diskutiert werden. Eine Beurteilung der Effektivität einzelner Adaptionen ist nicht möglich, da hierfür nur wenig Forschung vorliegt und die vorgenommenen Anpassungen in Studien oft nicht ausreichend beschrieben werden (Whitehouse et al., 2006).

Došen (2018) führt weitere grundsätzliche Überlegungen zur psychotherapeutischen Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen an, die sich teils mit denen von Hurley und Kollegen (1998) überlappen und ebenfalls die Notwendigkeit einer flexiblen und individualisierten Vorgehensweise hervorheben: 1) Die Therapie passt sich dem kognitiven Niveau an, 2) die

therapierende Person berücksichtigt das Niveau der emotionalen Entwicklung sowie die basalen emotionalen Bedürfnisse und Motivationen der zu behandelnden Person, 3) die therapierende Person gibt Strukturen vor und setzt Grenzen, 4) die therapeutische Arbeit erfolgt im „Hier und Jetzt“, 5) die therapierende Person akzeptiert die zu behandelnde Person vorbehaltlos- was nicht bedeutet, alle Verhaltensweisen zu tolerieren, 6) die therapierende Person ist direktiv, erziehend und ausdrucksfördernd tätig, 7) Die Interaktionen laufen über die der zu behandelnden Person verfügbaren Kommunikationskanäle, 8) die Therapie berücksichtigt die verminderte psychische Belastbarkeit aufgrund der intellektuellen Beeinträchtigung und 9) die Frequenz der Sitzungen ist aufgrund der langsameren Lernfortschritte höher als bei nicht intellektuell beeinträchtigten Personen.

Im Folgenden sollen Besonderheiten des psychotherapeutischen Prozesses bei intellektueller Beeinträchtigung beschrieben werden. Anwendenden des Methodenkoffers soll dadurch eine breite Wissensgrundlage für die therapeutische Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen vermittelt werden.

1.4.3.1 Erstkontakt, Planung und Therapiebeginn. Es kann hilfreich sein, sich schon vor dem ersten Kontakt über die zu behandelnde intellektuell beeinträchtigte Person zu erkundigen, damit eventuell benötigte besondere Hilfestellungen zur Verfügung gestellt werden können (Bergmann, 2019). In vielen Fällen liegen Daten aus Voruntersuchungen oder bereits durchlaufenen Behandlungen vor, welche die Vorbereitung der Therapie erleichtern können (LPK-BW, 2019). Auch sollte abgeklärt werden, ob die zu behandelnde Person gesetzlich betreut wird und somit eine Einverständniserklärung des Betreuenden für die Behandlung und Antragstellung erforderlich ist (Glasenapp, 2019; Kufner, 2015).

Der formelle Ablauf des Erstgesprächs mit intellektuell beeinträchtigten Menschen unterscheidet sich nicht grundlegend von Erstgesprächen mit durchschnittlich intelligenten Menschen (LPK-BW, 2019). Wichtig ist, sich für den ersten Kontakt ausreichend Zeit zu nehmen (Bergmann, 2019). Für intellektuell beeinträchtigte Personen kann es anfangs durchaus überfordernd sein, sich innerhalb des therapeutischen Settings zurechtzufinden. Die Etablierung einer vertrauensvollen Atmosphäre, in der die zu behandelnde Person nicht kognitiv-emotional überlastet wird, ist daher von entscheidender Bedeutung (Bergmann, 2019; Geisenberger-Samaras, 2014). Ein indirekter Gesprächseinstieg mit Fragen über den Alltag, die leicht zu beantworten sind, ist empfehlenswert, damit die zu behandelnde Person Sicherheit gewinnen und sich mit der Situation vertraut machen kann. Dabei sollte dazu ermutigt werden, sich so zu verhalten, wie es für die eigene Person angenehm ist (Geisenberger-Samaras, 2014; Vogel,

2012). Älteren Menschen mit Begleitung sollte das Angebot gemacht werden, sich ohne Anwesenheit der Begleitpersonen zu unterhalten (Bergmann, 2019).

Als Ziel der ersten Sitzung gilt es, gute Voraussetzungen für die geplante Behandlung zu schaffen (Došen, 2018). Hierunter fallen der Aufbau einer tragfähigen Beziehung sowie eine gemeinsame Zielfindung mit Abklärung beziehungsweise Modifikation der Motivation (Bergmann, 2019; Hermes, 2017; LPK-BW, 2019). Auch bietet das Erstgespräch Raum für die Erhebung anamnestischer Daten und der Herausbildung erster Eindrücke über die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der zu behandelnden Person (LPK-BW, 2019). Für Therapierende stellt sich die zentrale Aufgabe, zu entscheiden, ob die beschriebene Problemlage in den Indikationsbereich einer Psychotherapie fällt (LPK-BW, 2019). Der Klärung des konkreten Behandlungsauftrags sollte daher ausreichend Zeit eingeräumt werden. Oft liegen unterschiedliche Ziele und unrealistische Erwartungen bei der zu behandelnden Person und deren Bezugspersonen vor, die zunächst in einen einvernehmlichen und realistischen Rahmen eingebettet werden müssen. Vereinbarte Ziele müssen immer innerhalb des psychotherapeutischen Settings erreichbar sein (LPK-BW, 2019). Zu beachten ist, dass in vielen Fällen das Umfeld nach Hilfe sucht und dementsprechend dessen Wünsche oft im Vordergrund stehen. Therapierende haben die Aufgabe, diese zu erfassen und anzuerkennen, sie gleichzeitig aber auch kritisch zu hinterfragen (Bergmann, 2019; Helps, 2015; Stahl, 2003). Nach Möglichkeit sollten Therapieziele immer gemeinsam mit der zu behandelnden Person entwickelt und erst anschließend mit den Bezugspersonen abgeglichen werden (Bergmann, 2019; Hermes, 2017; LPK-BW, 2019). Auch müssen die Ziele so simpel formuliert werden, dass sie auch mit intellektueller Beeinträchtigung leicht nachvollziehbar sind. Für den Anfang der Therapie kann es ausreichend sein, das Ziel „Gerne kommen“ gemeinsam festzulegen (Bergmann, 2019). Eine leicht verständliche Aufklärung über das grundsätzliche Format des Psychotherapieangebots muss ebenfalls gegeben werden, wobei immer kritisch zu überprüfen ist, ob die Informationen auch wirklich verstanden werden (LPK-BW, 2019).

Für die weitere Planung und Anpassung der Therapie bildet eine ausführliche Diagnostik die Grundlage. Die Herausforderungen beim Stellen einer psychiatrischen Diagnose bei intellektueller Beeinträchtigung aufgrund von *diagnostic overshadowing*, *diagnostic underreporting* und der nicht gegebenen Übertragbarkeit von Diagnosekriterien aus ICD-10 oder DSM-5 wurden in Kapitel 1.2.1 beschrieben. Für Therapierende ergibt sich die Herausforderung, bei der Diagnostik zwischen durch die intellektuelle Beeinträchtigung bedingten Problemverhalten und behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zu differenzieren (LPK-BW, 2019). Bestimmte problematische Verhaltensweisen können auch auf ungünstige Lebensbedingungen

rückzuführen sein (Bergmann, 2019). Es sollten bei der Diagnostik daher immer verschiedene Perspektiven auf die vorliegende Problematik berücksichtigt werden. Zu empfehlen ist neben einer Individualdiagnostik eine ausführliche Fremdanamnese und Systemdiagnostik (Došen, 2018; LPK-BW, 2019). In Übereinstimmung mit der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (WHO, 2001) empfehlen Morin und Kollegen (2010) dabei eine Berücksichtigung aller vorliegenden biologischen, psychosozialen und Umweltfaktoren sowie deren Interaktionen. Auch sollte der Blick nicht nur auf Defizite, sondern gleichermaßen auf bereits vorhandene Ressourcen gerichtet werden (LPK-BW, 2019). Fremdanamnestischen Informationen kommt dabei eine hohe Bedeutung zu, da ein vollständiger Überblick über die Problemsituation in der Regel nicht allein anhand der Ausführungen der intellektuell beeinträchtigten Person selbst gewonnen werden kann (Kufner, 2015; Sarimski & Steinhausen, 2008). Es bietet sich daher an, mit deren Einverständnis das soziale System in den diagnostischen Prozess einzubeziehen (Schmidt & Meir, 2014). Gleichzeitig dürfen die subjektiven Beschreibungen der zu behandelnden Person nicht außer Acht gelassen werden, da auch diese wertvolle Informationen für die Therapieplanung liefern können (Morin et al., 2010). Grundsätzlich muss darauf geachtet werden, dass weder von der zu behandelnden Person noch von deren Umfeld geäußerte Diagnosen ungeprüft übernommen werden. Unter Umständen können auch Dysfunktionen innerhalb des Beziehungsgefüges für die geschilderten Eindrücke verantwortlich sein (LPK-BW, 2019).

Um die Therapie individuell anpassen zu können, sollten expressive und rezep tive Sprachfähigkeiten gesondert erhoben werden (LPK-BW, 2019; Stavrakaki & Klein, 1986). Auch sollte das Entwicklungsniveau am Anfang der Therapie eingeschätzt werden, um dieses bei der Therapieplanung berücksichtigen zu können (Došen, 2018; Whitehouse et al., 2006). Dies kann sich in Anbetracht des oft heterogenen Begabungsprofils intellektuell beeinträchtigter Personen schwierig gestalten. Emotionale und kognitive Qualitäten können durch erhebliche Ungleichmäßigkeiten gekennzeichnet sein, wodurch eventuell starke Unterschiede zwischen kognitivem und emotionalen Entwicklungslevel vorliegen (Došen, 2018). Dies kann sich in einer Über- oder Unterschätzung der Kompetenzen der zu behandelnden Person durch deren Umfeld niederschlagen. So kann es durchaus vorkommen, dass intellektuell beeinträchtigte Personen von ihrem Umfeld überfürsorglich behandelt werden, sich aber mehr Freiheit und Eigenverantwortung wünschen (Heijkoop, 2014). Für Therapierende ist es daher wichtig, sich selbst ein Bild davon zu machen, welche Anforderungen für das Entwicklungsniveau angemessen sind und die Therapieplanung danach auszurichten (Bergmann, 2019). Als diagnostische Instrumente kann die Anwendung gängiger Fragebögen und Tests wie beispielweise des CFT-20R (*Culture*

Fair Testm, Weiß, Albinus & Arzt, 2006) zur Erfassung der Intelligenz oder der SEN (*Skala zur Einschätzung des sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus*, Hoekman, Miedema, Otten & Gielen, 2017) hilfreich sein (LPK-BW, 2019). Des Weiteren bietet sich die *Skala der emotionalen Entwicklung - Diagnostik* (SEED) von Sappok und Kollegen (2018) als semistrukturiertes Interview für die Erfassung des sozio-emotionalen Entwicklungsstands aus der Perspektive von Bezugspersonen an. Spezielle diagnostische Instrumente für die Erfassung psychischer Störungen bei intellektueller Beeinträchtigung liegen insgesamt nur wenige vor (Kufner, 2015). Für den deutschsprachigen Raum existiert lediglich eine aus dem Englischen übersetzte Form des PAS-ADD (*Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities*, Zeilinger et al., 2011).

1.4.3.2 Einbezug des Umfelds. Eine Besonderheit in der Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen ergibt sich aus der im Regelfall erforderlichen Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld. Es wird empfohlen, Familie, Betreuende und sonstige Bezugspersonen nach Möglichkeit in den therapeutischen Prozess einzubinden (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Geisenberger-Samaras, 2014; Kufner, 2015; Morin et al., 2010). Dies ergibt sich aufgrund von zwei Aspekten. Erstens können viele therapierelevante Informationen nur mit Hilfe des sozialen Umfelds erfasst werden, da Veränderungen und Schwierigkeiten im Alltag von diesem am besten beobachtet werden können. In vielen Fällen können intellektuell beeinträchtigte Personen selbst nur eingeschränkt Informationen über den Verlauf und die Entstehung der Problematik liefern (Geisenberger-Samaras, 2014; Kufner, 2015; Schmidt & Meir, 2014). Zweitens können Bezugspersonen eine unterstützende Rolle innerhalb des therapeutischen Geschehens einnehmen. Eine gezielte Förderung der zu behandelnden Person durch eine Übertragung der Therapieinhalte in den Alltag ist ohne Einbezug des Umfelds nur schwer möglich (Došen, 2018; Hurley et al., 1998). So können Bezugspersonen im Alltag eine Co-therapeutische Rolle übernehmen und beispielsweise bei der Durchführung von Hausaufgaben helfen, Fortschritte beobachten und die Festigung von erwünschten Verhaltensweisen unterstützen (Geisenberger-Samaras, 2014; Hurley et al., 1998; Stahl, 2003; Whitehouse et al., 2006). Um das Umfeld als Ressource für die Therapie nutzen zu können, sollte daher immer eine klare Absprache über die Kooperation mit diesem getroffen werden (LPK-BW, 2019). Zu beachten ist, dass für intellektuell beeinträchtigte Personen die gleichen informationellen Selbstbestimmungsrechte wie für Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung gelten. Ein Einbezug des Umfelds und eine Weitergabe von Informationen darf somit nur mit Zustimmung erfolgen. Ausnahmen können sich nur aus einer sorgfältigen und gut begründeten Abwägung zwischen dem Wohl der zu behandelnden Person gegenüber ihrem Recht auf Selbstbestimmung ergeben (Glasenapp,

2019). Hier ist es für Therapierende wichtig, Vertraulichkeit zu gewährleisten und die zu behandelnde intellektuell beeinträchtigte Person nicht in ihrer Entscheidungsfreiheit zu entmündigen (Geisenberger-Samaras, 2014; Glasenapp, 2019; Hurley et al., 1998). Liegt eine Erteilung des Einverständnisses vor, sollte beim direkten Kontakt mit Bezugspersonen versucht werden, Verständnis für die Situation und Respekt für bisherige Bemühungen auszudrücken (Sarimski & Steinhausen, 2008). Viele Eltern von intellektuell beeinträchtigten Menschen wenden lebenslang viel Energie für deren Betreuung auf, wofür sie nur selten Anerkennung erhalten (LPK-BW, 2019). Inhaltlich sollte versucht werden, auch den Bezugspersonen beratend zur Verfügung zu stehen und psychoedukative Informationen über das Störungsbild vor dem Hintergrund der intellektuellen Beeinträchtigung zu vermitteln. Dies kann auf Basis gängiger Erklärungsmodelle erfolgen. So eignen sich beispielsweise das Vulnerabilitäts-Stress Modell oder das biopsychosoziale Modell gut, um psychische Störungen unter Berücksichtigung der durch die intellektuelle Beeinträchtigung verursachten Besonderheiten zu erklären (Bergmann, 2019). Für Therapierende besteht hier die Gefahr, dass ein zu starker Einbezug des Umfelds zu Rollenkonflikten führen und aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen zur Belastung für die Therapie werden kann (LPK-BW, 2019). Trotzdem wird die Zusammenarbeit mit dem Umfeld als eine wichtige Komponente einer nachhaltig erfolgreichen Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen angesehen, welche dementsprechend genutzt werden sollte (LPK-BW, 2019; Morin et al., 2010).

Zusätzlich zur Zusammenarbeit mit dem näheren Umfeld kann in vielen Fällen eine Vernetzung innerhalb multiprofessioneller Teams erforderlich sein. Viele intellektuell beeinträchtigte Menschen erhalten weitere begleitende Behandlungen oder haben diese bereits in der Vergangenheit durchlaufen. Eine multidisziplinäre Kooperation kann demnach einen wichtigen Baustein für die Behandlung darstellen (Došen, 2018; Morin et al., 2010; Stahl, 2003). Beispielhaft können die Bereiche Medizin, Pädagogik, Logopädie und Behindertenhilfe genannt werden, welche sich mit der psychotherapeutischen Arbeit überlappen können. Problematisch ist dabei, dass die Überschneidungen mit anderen Fachdisziplinen in vielen Fällen nicht zu synergetischen Effekten, sondern vielmehr zu einer Diffusion von Verantwortlichkeiten führt (Seidel, 2014). Es ist daher wichtig, die Zuständigkeiten der einzelnen Bereiche klar festzulegen, um eine effektive Arbeitsteilung sicherzustellen und kontraproduktives Arbeiten vorzubeugen (Bergmann, 2019; Stahl, 2003).

1.4.3.3 Therapeutische Beziehung. Die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nimmt bei jeder Form von Psychotherapie eine wichtige Rolle ein. Bei intellektuell beeinträchtigten Personen trifft dies nochmals verstärkt zu (Helps, 2015; Hurley et al., 1998;

Jones, 2014; Morin et al., 2010; Whitehouse et al., 2006). Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wissen es sehr zu schätzen, wenn sich eine fremde Person Zeit für sie nimmt und wertschätzend mit ihnen in Kontakt tritt (Whitehouse et al., 2006). Im Folgenden sollen Hinweise zur Beziehungsgestaltung mit intellektuell beeinträchtigten Personen und dabei möglicherweise aufkommenden Übertragungsvorgängen gegeben werden.

Es kann angenommen werden, dass viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Laufe ihres Lebens häufiger negativen Beziehungserfahrungen oder dem Gefühl, andere Menschen nicht verstehen zu können und von diesen nicht verstanden zu werden, ausgesetzt waren (Bergmann, 2019). Hieraus ergibt sich die Bedeutsamkeit einer sicheren therapeutischen Beziehung. Diese sollte einen Gegenpol zu früheren misslungenen Beziehungserfahrungen darstellen und einen Raum für neue positive soziale Erfahrungen bieten. Grundsätzlich legen intellektuell beeinträchtigte Menschen Wert auf die gleichen Aspekte der Beziehungsgestaltung wie durchschnittlich intelligente Menschen (Bergmann, 2019). Somit gelten beim Beziehungsaufbau die gleichen Prinzipien der therapeutischen Grundhaltung: Empathie, Akzeptanz und Kongruenz (Bergmann, 2019; Geisenberger-Samaras, 2014). Empathie bedeutet, dass sich Therapierende auf die manchmal ganz eigene Sicht der zu behandelnden Person auf die Welt einlassen, deren Wahrnehmung auch bei Abweichungen von der eigenen anerkennen und bereit sind, mit dieser weiterzuarbeiten. Mit Akzeptanz geht einher, die zu behandelnde Person als wertvollen Menschen jenseits ihrer Beeinträchtigung anzunehmen und ihr ein Beziehungsangebot frei von Bedingungen zu machen. Kongruenz erfordert ein echtes und unverfälschtes Auftreten, welches sich in einem ehrlichen Umgang äußert (Bergmann, 2019). Die Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen kann somit ein besonderes Ausmaß an Mitgefühl und Toleranz erforderlich machen (Hurley et al., 1998). Entscheidend ist außerdem, dass Therapierende Vertrauen in die Fähigkeiten der zu behandelnden Person zeigen und sich gemeinsam mit dieser auf eine Suche nach Gemeinsamkeiten begeben (Geisenberger-Samaras, 2014; LPK-BW, 2019; Whitehouse et al., 2006). Das Erleben von Autonomie und die Herausbildung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sollten gefördert werden (LPK-BW, 2019; Stahl, 2003; Stavrakaki & Klein, 1986; Whitehouse et al., 2006). Es ist zu beachten, dass intellektuell beeinträchtigte Personen dabei möglicherweise über einen anderen Bewertungsmaßstab für die Qualität der Beziehung verfügen können. So kann es beispielsweise wichtig sein, dass sich Therapierende entgegen ihrer etablierten Arbeitsroutinen vermehrt Notizen machen, um zu signalisieren, dass das Gesagte aufmerksam verfolgt wird (Bergmann, 2019). Auch kann es vorkommen, dass intellektuell beeinträchtigte Personen vermehrt Körperkontakt suchen oder Therapierende duzen. Hier müssen Therapierende eine Abwägung treffen, wie viel Nähe sie

zulassen können und möchten. Es ist durchaus angemessen, dass strikte Abstinenzgebot bei der Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Personen in Frage zu stellen (Bergmann, 2019). Generell bietet die Beziehungsgestaltung mit intellektuell beeinträchtigten Personen für Therapierende die Möglichkeit, aus therapeutischen Routinen auszubrechen und eigene Denkmuster zu hinterfragen (Glasenapp, 2019).

In psychodynamischen Ansätzen spielt das Konzept von Übertragungen und Gegenübertragungen eine wichtige Rolle. Mit Übertragung sind Situationen gemeint, in denen die behandelte Person auf die therapierende Person reagiert, wie wenn diese eine andere Person aus dem eigenen Leben wäre. Eine Gegenübertragung beschreibt die umgekehrte Wirkrichtung, in der die therapierende Person auf die behandelte Person reagiert. Bei der Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen können sich besonders intensive Übertragungsdynamiken ergeben, über welche sich Therapierende dementsprechend bewusst sein sollten (Hurley et al., 1998; Whitehouse et al., 2006). Intellektuell beeinträchtigten Personen fällt es generell schwer, eine übermäßig abhängige Beziehung zu vermeiden und unbefriedigte Bedürfnisse nicht in die therapierende Person zu projizieren (Langdon et al., 2017). Dadurch kann es zu starken Übertragungsreaktionen kommen, die schneller und ausdrücklicher sind, als bei durchschnittlich intelligenten Personen (Hurley et al., 1998). So kann es beispielsweise vorkommen, dass Therapierende in einer Elternrolle oder als Freund gesehen werden. Gleichzeitig können auch Therapierende Gegenübertragungen zeigen, welche ähnlich wie in pädiatrischen Settings ausfallen und Retterfantasien oder Spottreaktionen beinhalten können (Hurley et al., 1998). Auch reagieren Therapierende in vielen Fällen mit einer elterlichen Haltung, wodurch die Sympathie und Bindung stärker ausfallen kann (Whitehouse et al., 2006). Um einen problematischen Verlust von Distanz und Objektivität vorzubeugen, ist es daher entscheidend, klare Grenzen in der Beziehung zwischen therapierender und behandelter Person zu setzen und diese gemeinsam schon am Anfang der Therapie zu besprechen (Whitehouse et al., 2006). Es ist wichtig, die Art der professionellen Beziehung klarzustellen. Außerdem sollten negative und anfangs möglicherweise verdeckte Gegenübertragungen von Therapierenden unbedingt bemerkt werden. Diese können dann gegebenenfalls innerhalb der Supervision reflektiert und aufgearbeitet werden. Es gilt, sich bewusst zu machen, dass Personen mit intellektueller Beeinträchtigung aufgrund ihrer verbalen Verständigungsprobleme besonders sensibel für nonverbale Kommunikation und dabei möglicherweise vermittelte negative Gegenübertragungen sein können (Hurley et al., 1998; Stavrakaki & Klein, 1986; Whitehouse et al., 2006).

1.4.3.4 Gestaltung der Therapiesitzungen. Bei der Gestaltung der Therapiesitzungen mit intellektuell beeinträchtigten Personen müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden.

Viele notwendige Adaptionen ergeben sich aus den aufgrund der verzögerten Entwicklung vorliegenden verbalen und kognitiven Einschränkungen. Das individuelle Entwicklungsniveau sollte daher als Wegweiser für die Gestaltung der Therapie herangezogen werden (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Whitehouse et al., 2006). Es gilt, Interventionen zu vereinfachen, flexibel anzuwenden, klar zu strukturieren und aktivitätsfördernd zu gestalten. Entscheidend ist immer, dass jede therapeutische Handlung auf die zu behandelnde Person abgestimmt wird (Morin et al., 2010). Wie dies in der Praxis konkret umgesetzt werden kann, soll im Folgenden dargestellt werden.

Anpassung des Sprachniveaus: Eine besondere Bedeutung kommt der Anpassung des Sprachniveaus an die kommunikativen Fähigkeiten der intellektuell beeinträchtigten Person zu. Auch ein sehr niedriges Sprachniveau stellt keine Kontraindikation für Psychotherapie dar und sollte niemals mit einem fehlenden Sprachverständnis oder einer generellen Unfähigkeit zur Kommunikation gleichgesetzt werden (Heijkoop, 2014; Stahl, 2003). Im Falle einer nicht möglichen verbalen Kommunikation ist es Aufgabe der Therapeuten, über andere sensorische Kommunikationskanäle wie beispielsweise den Tast-, Geruchs-, Hör- oder Gesichtssinn einen Kontakt mit der zu behandelnden Person herzustellen. Prinzipiell können der ganze Körper und insbesondere Gestik und Mimik als Kommunikationsmittel genutzt werden (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Heijkoop, 2014; Stahl, 2003). Es gilt, die Sprache des Gegenübers zu finden und eigene Kommunikationsautomatismen zu hinterfragen (Bergmann, 2019; Geisenberger-Samaras, 2014).

Wenn eine verbale Kommunikation möglich ist, lassen sich ein langsames Sprechtempo mit einfach und kurzen Sätzen, die Wiederholung und Zusammenfassung wichtiger Inhalte sowie der Einsatz von Pausen als generelle Prinzipien einer erfolgreichen Kommunikation hervorheben (Bergmann, 2019; Geisenberger-Samaras, 2014; Lingg & Theunissen, 2017). Eine Orientierung bietet der Ratgeber für leichte Sprache des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Netzwerks leichte Sprache (2014). In diesem wird auf die Bedeutsamkeit der Erklärung schwieriger Wörter, die Verwendung gleicher Wörter für gleiche Objekte, eine Vermeidung bildlicher Sprache und die Ausführung lediglich einer inhaltlichen Aussage pro Satz hingewiesen. Beachtet werden muss, dass für manche Personen mit einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung die im Rahmen der leichten Sprache definierten Empfehlungen auch zu einfach sein können (Bergmann, 2019). Es sollte in diesem Sinne immer versucht werden, sich auf einem für die zu behandelnde Person noch gut verständlichen Sprachniveau zu bewegen, welches aber leicht über deren normalen Sprachniveau liegt, damit gleichzeitig auch Lernen ermöglicht wird (Whitehouse et al., 2006).

In Bezug auf gängige verbale therapeutische Techniken ist darauf hinzuweisen, dass ein Einsatz von Paraphrasieren in manchen Fällen nicht geeignet sein kann, da die Umschreibung des Gesagten mit anderen Worten schnell eine sprachliche Überforderung für intellektuell beeinträchtigte Personen darstellen kann (Hermes, 2017). Das Verbalisieren emotionaler Inhalte, welche die zu behandelnde Person verbal oder nonverbal zu erkennen gibt, nimmt hingegen oft eine wichtige Rolle innerhalb der Therapiegespräche ein (Bergmann, 2019; Geisenberger-Samaras, 2014). Häufig verfügt die intellektuell beeinträchtigte Person selbst über einen nicht ausreichend differenzierten Wortschatz, um eigene und fremde Gefühle adäquat beschreiben zu können. Diese müssen dann von Therapierenden erkannt und verbalisiert werden. Dabei ist es wichtig, Gefühle durchgehend mit den gleichen Bezeichnungen zu beschreiben und keine Synonyme wie beispielsweise Wut und Ärger für identische emotionale Zustände zu verwenden (Bergmann, 2019; LPK-BW, 2019).

Zu beachten ist außerdem, dass ein Einsatz von Ja-Nein Fragen problematisch sein kann. Viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind es gewohnt, ihr Umfeld nicht verstehen zu können, wollen dies aber nur ungern zugeben und zeigen dadurch eine Tendenz zur Zustimmung (Geisenberger-Samaras, 2014; Morin et al., 2010). Dies ist auch bei Suggestivfragen der Fall, welche daher ebenfalls vermieden werden sollten (Sarimski & Steinhausen, 2008). Es sollte dazu ermutigt werden, zu signalisieren, wenn etwas nicht verstanden wird und gegebenenfalls nachzufragen. Hierfür sollte immer genug Zeit eingeräumt werden, denn es liegt in der Verantwortung Therapierender, zu behandelnden Personen ein Verständnis der Inhalte zu ermöglichen (Bergmann, 2019). Durch den Einsatz von Hilfsmitteln können hierbei kreative Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden. Es wird empfohlen, visuell anschauliche und an das Entwicklungsniveau angepasste Materialien bei der Kommunikation zu verwenden (Bergmann, 2019; Geisenberger-Samaras, 2014; Morin et al., 2010). Karten mit Fotos, Zeichnungen von Gefühlen oder Bilder zu verschiedenen Kognitionen und abstrakten Konzepten können den verbalen Ausdruck erheblich erleichtern. Anhand von Gegenständen wie Stofftieren, Puppen oder mit Hilfe von Musikinstrumenten können Symptome und problematische Verhaltensweisen außerdem externalisiert und darauf aufbauend durch eine Betrachtung von außen bearbeitet werden (Bergmann, 2019; Whitehouse et al., 2006). Eine Visualisierung des Gesagten ist auch bei Äußerungen der therapierenden Person hilfreich und kann beispielsweise anhand von parallel stattfindenden Zeichnungen oder einer Unterstützung der verbalen Äußerungen mit begleitenden Gebärden und stark expressiver Mimik und Gestik umgesetzt werden (Heijkoop, 2014; Taylor et al., 2008).

Abschließend ist zu beachten, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung häufig über einen sehr individuellen sprachlichen Ausdruck mit anderer Denotation und Konnotation verfügen. Um diesen besser verstehen zu können, kann eine Befragung der Angehörigen hilfreich sein (LPK-BW, 2019). Bei intellektueller Beeinträchtigung kann es außerdem vorkommen, dass verbale Äußerungen abschweifen und von vermeintlichen Nebensächlichkeiten erzählt wird. Dies sollte zugelassen werden und es ist sich bewusst zu machen, dass für die intellektuelle beeinträchtigte Person oft andere inhaltliche Aspekte von großer Bedeutung sein können (Hermes, 2017).

Direktiveres Vorgehen: Eng mit der von Klarheit geprägten Kommunikation verknüpft ist eine stark direkte Vorgehensweise. Diese ergibt sich aufgrund der kognitiven Limitationen infolge der intellektuellen Beeinträchtigung, die unter Umständen zu einer Überforderung mit der therapeutischen Situation führen können. Eine klare Strukturierung und Organisation der Therapiesitzungen ist daher von essentieller Bedeutung, um die Orientierung zu erleichtern (Hurley et al., 1998; Stahl, 2003; Whitehouse et al., 2006). Unter den Aspekt der Orientierung fällt ebenfalls, dass Therapieziele und Fortschritte immer klar skizziert und zusammengefasst werden sollten. Auch kann die Agenda der jeweiligen Stunde anfangs auf einem Flipchart visualisiert und wichtige besprochene Punkte im Verlauf der Stunde auf diesem dokumentiert werden (Geisenberger-Samaras, 2014). Bei der Planung und Durchführung von Interventionen kann der Fokus in vielen Fällen verstärkt auf das Lernen am Modell gelegt werden. Der Einsatz von Rollenspielen ist dafür gut geeignet. Oft sind vermehrte Hilfestellungen und ein konsequentes Kontingenzmanagement erforderlich (Kufner, 2015; Morin et al., 2010). Stavrakaki und Klein (1986) weisen außerdem darauf hin, dass direkte Techniken wie Suggestion, Überzeugung und Bestätigung auch beim verbalen Kontakt hilfreich sein können. Es liegt an Therapierenden, der zu behandelnden Person die benötigte direkte Hilfe anzubieten, um zum therapeutischen Material zu gelangen (Hurley et al., 1998).

Einbau von Aktivitätstechniken: Viele etablierte psychotherapeutische Verfahren sind verbal und introspektiv orientiert, was vor dem Hintergrund der aus der intellektuellen Beeinträchtigung resultierenden kognitiven Einschränkungen zu Überforderung führen kann (Hurley et al., 1998). Unabhängig von der zugrunde gelegten Therapieschule sollten die verwendeten therapeutischen Techniken daher mit verschiedenen Aktivitäten angereichert werden, um den Zugang zu den therapeutischen Inhalten zu erleichtern. Insbesondere bei verbalen Schwierigkeiten bieten aktivierende Techniken Ansatzpunkte für eine Erleichterung des emotionalen Ausdrucks (Hurley et al., 1998). Bei der Verwendung von Aktivitätstechniken sollte eine Erweiterung des Verhaltensrepertoires der zu behandelnden Person angestrebt werden. Therapierende sollten

sich vor Augen halten, dass eine intellektuelle Beeinträchtigung keinen unveränderlichen Zustand, sondern ein Entwicklungsphänomen darstellt und eine Förderung der Entwicklung daher zentral ist (Došen, 2018). Unter diesem Rational können neue oder bereits bestehende Verhaltensmuster in der unmittelbaren Interaktion oder in geplanten Rollenspielen eingeübt beziehungsweise verstärkt werden (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Morin et al., 2010; Whitehouse et al., 2006). Therapeutische Hausaufgaben wie beispielsweise regelmäßige Tagebucheinträge bieten sich zusätzlich für die Sicherstellung eines Alltagstransfers der gelernten Inhalte an. Gegebenenfalls kann das Umfeld unterstützend bei der Umsetzung herangezogen werden (Whitehouse et al., 2006). Es sollte allerdings immer versucht werden, die zu behandelnde Person so viel wie möglich alleine erledigen zu lassen (Bergmann, 2019). Abschließend ist zu beachten, dass es sich auch bei der Kommunikation anbietet, die intellektuell beeinträchtigte Person aktiv einzubinden und beispielsweise erteilte Aufgabe oder wichtige besprochene Inhalte in eigenen Worten wiederholen zu lassen (Bergmann, 2019).

Thematisierung der Beeinträchtigung: In der Übersichtsarbeit von Whitehouse und Kollegen (2006) zeigte sich, dass den mit einer intellektuellen Beeinträchtigung einhergehenden Defiziten und Herausforderungen bei der Alltagsbewältigung in vielen Studien nur wenig Aufmerksamkeit zuteil kommt. Dies ist kontraintuitiv zur Annahme, dass sich emotionale Schwierigkeiten als eine Folge der intellektuellen Beeinträchtigung und dem damit einhergehenden Gefühl des Andersseins manifestieren können (Johnson et al., 2003; Whitehouse et al., 2006). Dementsprechend wird empfohlen, Probleme und Schwierigkeiten infolge der intellektuellen Beeinträchtigung innerhalb der Therapie zu besprechen und aufzuarbeiten (Haddock et al., 2004; Johnson et al., 2003; Whitehouse et al., 2006). Die Therapie kann eine Chance bieten, Erfahrungen mit sozialer Stigmatisierung und Ablehnung einen Raum zu geben und ihnen einen positiven und wertschätzenden Umgang gegenüber zu stellen. Therapierende sollten hierbei beispielhaft vorangehen und über einen positiven Ansatz zum Umgang mit den Beeinträchtigungen verfügen (Hurley et al., 1998). Mit einem feinfühligem Maß an Distanziertheit und Ehrlichkeit sollte versucht werden, auf die intellektuellen Defizite einzugehen, diese gleichzeitig aber auch nicht zu beschönigen. Einschränkungen dürfen keineswegs kleingeredet, sondern sollten als solche anerkannt werden. Es gilt, ein Gleichgewicht zwischen einem Fokus auf die existierenden Einschränkungen und vorhandenen Ressourcen zu finden (Bergmann, 2019; Hurley et al., 1998).

1.5 Begründung der Arbeit

Die Therapiefähigkeit intellektuell beeinträchtigter Personen wird in der heutigen Fachwelt weitgehend anerkannt. Wie in den vorherigen Abschnitten ausgeführt, ist die

psychotherapeutische Versorgungssituation dennoch als defizitär einzuschätzen und viele Therapierende sehen eine Behandlung intellektuell beeinträchtigter Menschen außerhalb ihres Kompetenz- und Verantwortungsbereichs. Dies steht in einem starken Kontrast zum hohen Therapiebedarf innerhalb dieser Personengruppe und widerspricht den menschenrechtlich fundierten Positionierungen der UN-Behindertenrechtskonvention zum Recht auf Teilhabe behinderter Menschen, welche 2009 auch von Deutschland ratifiziert wurden (Glasenapp, 2019; Kufner, 2015). Diese beinhaltet die Verpflichtung, intellektuell beeinträchtigten Menschen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite und Qualität zur Verfügung zu stellen wie durchschnittlich intelligenten Menschen. Stationäre und ambulante Therapieangebote müssen daher ausgebaut und Therapierende besser über die Behandlung intellektuell beeinträchtigter Menschen informiert werden (DGPPN, 2019). Rein rechnerisch könnte der Versorgungsengpass aufgehoben werden, wenn jede niedergelassene therapierende Person nur eine intellektuell beeinträchtigte Person behandeln würde (LPK-BW, 2019). Es gilt also, Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu ermutigen, sich mit dieser Personengruppe zu beschäftigen und Therapieplätze für intellektuell beeinträchtigte Menschen anzubieten. Die Entwicklung angepasster Therapiematerialien kann einen zentralen Aspekt hierfür darstellen, da dies die Gestaltung der Therapiesitzungen erleichtern und Sicherheit bieten kann. Hierdurch wird die vorliegende Arbeit motiviert. Der entwickelte Methodenkoffer soll für die Praxis frei zugänglich gemacht werden, um Therapierenden den Rückgriff auf wissenschaftlich fundierte, an die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepasste Therapiematerialien für die Behandlung von Angststörungen zu ermöglichen. Bei der Entwicklung wird sowohl auf praktische Eindrücke von in der psychotherapeutischen Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen erfahrenen Personen als auch auf die Ergebnisse von im Rahmen einer Literaturrecherche ermittelten Forschungsarbeiten zurückgegriffen. Hierdurch soll eine bestmögliche praktische und wissenschaftliche Fundierung der entwickelten Arbeitsmaterialien gewährleistet werden. Dies steht im Einklang mit den an die psychotherapeutische Arbeit gestellten Forderungen nach Standardisierung und Qualitätssicherung.

1.6 Leitlinien und Fragestellungen der Arbeit

Ziel der Arbeit ist die Konzeption eines Methodenkoffers, welcher speziell an die Zielgruppe erwachsener Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung angepasste und therapieschulenübergreifende Materialien für die Psychotherapie von Angststörungen zur Verfügung stellen soll. Ein schulenübergreifender Ansatz wurde gewählt, da für die Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen ein flexibles Vorgehen empfohlen wird, weshalb die Grenzen zwischen verschiedenen Therapieschulen in der Regel nicht klar zu

ziehen sind (Hurley et al., 1998). Der Fokus auf Angststörungen erfolgt aus pragmatischen Gründen, die sich aus der anhand der epidemiologischen Daten ersichtlichen praktischen Relevanz von Angsterkrankungen bei intellektueller Beeinträchtigung ergeben. Der Methodenkoffer soll sich primär an erwachsene Personen richten, um die ohnehin anzunehmende Heterogenität innerhalb dieser Personengruppe durch altersbedingte Entwicklungsunterschiede nicht noch zusätzlich zu erhöhen. Die Materialien sollen Arbeitsblätter, praktische Instruktionen, Informationsblätter für Angehörige sowie Handreichungen für Therapierende umfassen. Die Zielgruppe wird auf Menschen mit einer leichten oder mittelgradigen intellektuellen Beeinträchtigung eingeschränkt. Zwar herrscht mittlerweile Konsens, dass auch schwer und schwerst intellektuell beeinträchtigte Menschen von einer Psychotherapie profitieren können, für die Anwendung der entwickelten Therapiematerialien werden dennoch grundlegende Fähigkeiten der Introspektion und Verbalisation vorausgesetzt, deren Vorliegen bei schweren und schwersten intellektuellen Beeinträchtigungen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit nicht gegeben ist.

Die Konzeption des Methodenkoffers orientiert sich an den folgenden zwei Fragestellungen: (1) „Welche Methoden sind für die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hilfreich?“ und (2) „Wie können diese Methoden an die Zielgruppe der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepasst werden?“. Eine Beantwortung der ersten Frage soll über die Befragung einer Fachgruppe mit Hilfe der Delphi-Technik erfolgen, die der zweiten Frage über eine Literaturrecherche.

2 Methode

Die angewandte Methodik lässt sich in drei Stufen einteilen: 1) Durchführung einer Fachgruppenbefragung mit dem Ziel einer Ideenaggregation für potentiell hilfreiche Methoden und einer Ableitung von Therapiebausteinen, 2) Literaturrecherche zu den abgeleiteten Therapiebausteinen, 3) Adaption der Therapiebausteine und Umsetzung in Arbeitsmaterialien. Im Folgenden sollen die drei Stufen im Einzelnen dargestellt werden.

2.1 Delphi-Befragung

In der ersten Phase wurden im Dezember 2019 und Januar 2020 über eine Delphi-Befragung die Methodenvorschläge von Therapierenden, die über Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Personen verfügen, erfasst. Hierdurch wurde eine praktisch fundierte Einschätzung über potentiell hilfreiche psychotherapeutische Methoden zur Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angestrebt, an der sich die anschließende Literaturrecherche und die Konzeption des Methodenkoffers orientieren konnte.

Die dabei angewandte Delphi-Technik umschreibt eine flexibel einsetzbare methodische Vorgehensweise zur quantitativen Untersuchung einer qualitativen Fragestellung. Innerhalb der Delphi-Befragung dieser Arbeit beantwortete eine Fachgruppe zunächst eine qualitative Fragestellung anhand eines standardisierten Fragebogens. Die dabei erhaltenen Antworten wurden aufbereitet und anonym zurückgemeldet. Es folgte eine Wiederholung des Vorgehens bis zu einem definierten Abbruchkriterium. Dadurch wurde das Ziel verfolgt, die Einschätzungen der Fachgruppe zu erfassen und die qualitative Fragestellung dadurch in Hinblick auf ihre Mehrheitsfähigkeit quantitativ untersuchen zu können. Dies entspricht den vom Häder (2009) beschriebenen Kernprinzipien einer Delphi-Befragung: Anonymität, Iteration, kontrolliertes Feedback und statistische Aggregation der Antworten.

Die Fachgruppe setzte sich aus 16 ehemaligen Mitarbeitenden der Hochschulambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen des Instituts für Psychologie der Universität Freiburg sowie weiteren niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dem Wirkungsbereich der Caritas e.V. oder des Arbeitskreis Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung zusammen. Alle befragten Personen verfügten über praktische Erfahrung im Umgang mit intellektuell beeinträchtigten Menschen und eine verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Ausbildung.

Im ersten Schritt erhielten die Fachkundigen per E-Mail ein Schreiben mit Bitte um Teilnahme an der Delphi-Befragung sowie Informationen über deren Ablauf und Aspekte des Datenschutzes. Gleichzeitig erhielten sie den ersten Fragebogen, welcher sich aus einer offenen qualitativen Fragestellung zusammensetzte: „Welche Methoden können in der Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hilfreich sein?“. Mit dieser Frage sollten potentiell hilfreiche Methoden für die Psychotherapie von Angststörungen innerhalb der Zielgruppe aggregiert werden. Dabei stand es den Fachkundigen frei, auf welche Therapieschulen sich die genannten Methoden begründen. Wichtig war, dass die Methoden als relevant und für die Zielgruppe adaptierbar eingeschätzt werden. Der Fragebogen wurde anhand einer Identifikationsnummer pseudonymisiert.

Die in der ersten Befragungsrunde ermittelten Methodenvorschläge wurden anschließend in auf einem mittleren Niveau abstrahierten Kategorien zusammengefasst und aufgelistet. Manche Methodenkategorien wurden durch die Angabe der der Kategorie zugeordneten Methodenvorschläge in Klammern konkretisiert. Zusätzlich wurde die Häufigkeit der Nennungen in Klammern hinter der entsprechenden Methodenkategorie gekennzeichnet. Diese Auflistung wurde der Fachgruppe in der zweiten Befragungsrunde erneut per Mail anonym zugeschickt, um eigene Ideen mit dem Gesamtmeinungsbild vergleichen zu können. Dabei wurden die

Fachkundigen darum gebeten, die ihrer Einschätzung nach fünf hilfreichsten Methoden auf der Liste anzukreuzen. Hierdurch sollte ein weitgehend stabiles Meinungsbild sichergestellt werden. Dieses wurde nach der zweiten Befragungsrunde als gegeben erachtet, wodurch das Ziel einer inhaltlichen Orientierung für das weitere methodische Vorgehen erfüllt war. Auch in Hinblick auf die zeitlichen Rahmenbedingungen wurde daher auf eine dritte Iteration verzichtet.

Da eine qualitative Fragestellung untersucht wurde, wurden die Antworten der Fachgruppe nicht in einem Zahlenwert aggregiert, sondern anhand deskriptiver Analysen zusammengefasst. Hieraus ergab sich eine Rangreihe der Methoden je nach Häufigkeit ihrer Nennungen. Um innerhalb des zeitlichen Rahmens dieser Arbeit umgesetzt werden zu können, wurde pragmatisch festgelegt, die Anzahl der bei der weiteren Konzeption des Methodenkoffers berücksichtigten Methoden auf die fünf am häufigsten genannten zu begrenzen.

2.2 Literaturrecherche

In der zweiten Phase der Masterarbeit wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Grundlegend hierfür waren die von der Fachgruppe innerhalb der Delphi-Befragung am häufigsten genannten Methodenkategorien. Es sollte ermittelt werden, inwiefern diese bereits in der psychotherapeutischen Behandlung intellektuell beeinträchtigter Menschen etabliert sind und welche Adaptionen gegebenenfalls empfohlen werden. Dies diente der Beantwortung der zweiten Fragestellung zur Anpassung der Methoden an die Zielgruppe intellektuell beeinträchtigter Menschen und sollte eine empirisch fundierte Orientierung für die Gestaltung des Methodenkoffers liefern. Forschungsarbeiten der letzten 20 Jahre, in denen die Anwendung der jeweiligen Methoden bei der psychotherapeutischen Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Personen beschrieben wird, wurden daher ermittelt und analysiert. Aufgrund der nicht vorhandenen Metaanalysen wurden dabei primär Buchkapitel und Reviews, aber auch weniger gut evaluierte Studien und Einzelfallberichte berücksichtigt. Der Fokus bei der Analyse wurde auf eine praxisnahe Darstellung des methodischen Vorgehens gelegt.

Die Literaturrecherche erfolgte über *EbscoHost* mit den Datenbanken *Psyn dex*, *PsycInfo*, *Psycarticles* und *Medline* und gliederte sich in mehrere Schritte. Im ersten Schritt waren die Suchvorgänge explizit auf die von der Fachgruppe genannten Methoden im Behandlungskontext von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ausgerichtet. In einem zweiten Schritt wurde die Suche auf Arbeiten zur Anwendung der Methode bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung unabhängig von der Diagnose einer Angststörung ausgeweitet. In einem dritten Schritt wurde außerdem über die Einstellungsmöglichkeiten auf *EbscoHost* gezielt nach Literaturreviews, systematischen Reviews und Metaanalysen zur methodenübergreifenden Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller

Beeinträchtigung gesucht. Abschließend wurden bei der Analyse identifizierte Querverweise auf weitere potentiell hilfreiche Arbeiten per Einzelsuche ermittelt. Bei allen Suchvorgängen konnten nur online frei zugängliche Arbeiten berücksichtigt werden. Als für die Adaptionen hilfreich eingeschätzte Arbeiten wurden anhand der folgenden Einschlusskriterien ausgewählt:

1. Die Arbeit bezieht sich auf den Einsatz der Methode bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (und Angststörungen oder Ängsten)
2. Anwendung, Vorgehensweise und Umsetzung der Methode werden in einem Einzel und/oder Gruppensetting beschrieben
3. Es handelt sich um eine deutsch- oder englischsprachige Publikation

Als Ausschlusskriterien wurden des Weiteren festgelegt:

1. Die Arbeit beschreibt eine ausschließlich onlinebasierte Behandlung
2. Die Arbeit fokussiert nur auf die Erfassung und Diagnostik von Angst bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung
3. Die Arbeit beschreibt lediglich die Effektivität einer Methode, ohne das Vorgehen zu beschreiben

2.3 Konzeption des Methodenkoffers

Die dritte und letzte Arbeitsphase fokussierte auf die Umsetzung der im Rahmen der Literaturrecherche ermittelten Informationen in konkrete Therapiematerialien. Wenn notwendig, wurden Adaptionen an die Bedürfnisse der Zielgruppe von Personen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung vorgenommen. Die Entwicklung der Materialien erfolgte in enger Zusammenarbeit mit therapeutisch erfahrenen Mitarbeitenden der Hochschulambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen des Instituts für Psychologie der Universität Freiburg. Eine Orientierung für die Gestaltung lieferten die beiden zur Zeit einzigen deutschsprachigen und an Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepassten Manuale *Therapie-Tools - Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung* (Erretkamps et al., 2017) sowie *DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit: an der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung* (Elstner et al., 2012). Anhand von therapeutischen Erfahrungswerten wurden außerdem das Manual *Therapie-Tools- Angststörungen im Kindes- und Jugendalter* (Traub & In-Albon, 2017) für eine Orientierung herangezogen. Dieses Vorgehen begründete sich dadurch, dass für Kinder und Jugendliche konzipierte Therapiematerialien eher dem Entwicklungsniveau intellektuell beeinträchtigter Erwachsener entsprechen (Ehrenreich-May & Remmes, 2013; Hurley et al., 1998). Bei der Gestaltung der Arbeitsmaterialien zeigte sich insbesondere die Verwendung von leichter Sprache und Visualisierungen zentral.

3 Ergebnisse

In Übereinstimmung mit der angewandten Methodik werden die Ergebnisse erneut in drei Teilen dargestellt: Ergebnisse der Delphi-Befragung, der Literaturrecherche sowie der inhaltlichen und formalen Gestaltung des Methodenkoffers.

3.1 Ergebnisse der Delphi-Befragung

Insgesamt nahmen 16 Fachkundige mit psychotherapeutischer Erfahrung im Umgang mit intellektuell beeinträchtigten Personen an der Befragung teil. Die meisten Fachkundigen (14) verfügten über eine verhaltenstherapeutische Ausbildung, nur wenige (2) über eine psychoanalytische.

In der ersten Befragungsrunde schlug die Fachgruppe zahlreiche psychotherapeutische Methoden vor und brachte zusätzlich allgemeine Hinweise für die Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen ein (Anhang C). Diese Methodenvorschläge wurden gesichtet und für eine bessere Übersicht auf einem mittleren Abstraktionsniveau zusammengefasst, um den Umfang des zweiten Fragebogens zu begrenzen. Dabei entstanden 20 Methodenkategorien. Einzelne vorgeschlagene Methoden, die als Teil einer Methodenkategorie aufgefasst wurden, wurden in Klammern angegeben, um der Fachgruppe eine Orientierung zu geben. Die Anzahl der Nennungen für die einzelnen Methodenkategorien in der ersten Befragungsrunde wurde durch einfaches Aufsummieren der Nennungen der den Kategorien zugeordneten Methoden ermittelt. Da in der ersten Befragungsrunde keine Einschränkung bezüglich der Anzahl an genannten Methoden vorgegeben wurde, waren die Häufigkeiten der Nennungen in dieser Befragungsrunde insgesamt höher.

Die Auflistung mit den Methodenkategorien und der Anzahl ihrer Nennungen in der ersten Befragungsrunde wurde der Fachgruppe in der zweiten Befragungsrunde erneut per Mail zugeschickt mit der Bitte, die der eigenen Einschätzung nach fünf hilfreichsten Methoden auf der Liste anzukreuzen. Auf eine thematische Sortierung der Methoden wurde verzichtet, um die Fachgruppe nicht in ihrem Antwortverhalten zu beeinflussen. 15 Fachkundige nahmen an der zweiten Befragungsrunde teil. Die als am hilfreichsten eingeschätzten Methoden änderten sich in ihrer Reihenfolge zwischen Befragungsrunde 1 und 2 nicht. Aufgrund dessen wurde das Meinungsbild nach der zweiten Befragungsrunde als ausreichend stabil erachtet und es wurde einvernehmlich angenommen, dass eine dritte Befragungsrunde zu keinen Unterschieden in der Reihenfolge führen würde. Auch aus zeitlichen Gründen wurde daher auf eine dritte Iteration verzichtet. Die Methoden sind in Tabelle 1 gemeinsam mit der Häufigkeit ihrer Nennung in beiden Befragungsrunde dargestellt.

Tabelle 1.

Auflistung der Methoden und Anzahl der Nennungen in den zwei Fragebögen (FB).

Methode	Anzahl der Nennungen	
	FB I	FB II
Herleitung und Erklärung des Therapierationals	11	7
Psychoedukation zu Angst und Emotionen	2	4
Verhaltensanalyse	1	2
Entspannungsübungen	7	3
Atemübungen	3	2
Achtsamkeits-/Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen	9	5
Wahrnehmungs-/Aufmerksamkeitslenkung	4	2
Übungen zu Emotionsregulation und Emotionserkennung	2	3
Stabilisierungstechniken	1	1
Zusammenstellung eines Angst-Notfallkoffers	1	2
Expositionsübungen	12	10
Pro-Contra Liste	1	0
Gedankenstopp	1	0
Hilfreiche Gegenstände	3	4
Kognitive Umstrukturierung	1	1
Positive Selbstinstruktion	6	4
Selbstwert- und Akzeptanzarbeit	2	2
Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens	2	4
Training sozialer Kompetenzen	11	8
Kreative/Imaginative Verfahren	9	7

In Tabelle 2 sind die nach Einschätzung der Fachgruppe fünf hilfreichsten Methoden für die Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung anhand der Häufigkeit ihrer Nennungen in der zweiten Befragungsrunde separat aufgelistet. Aufgrund der zeitlichen Rahmenbedingungen dieser Arbeit wurde pragmatisch festgelegt, nur diese in die weitere Planung der Konzeption des Methodenkoffers explizit einzubeziehen. Dabei wurde auf der Grundlage inhaltlicher Überlegungen und praktischer Erfahrungen nachträglich entschieden, die ursprünglich separat aufgelistete Methodenkategorie „Herleitung und Erklärung des Therapierationals“ mit der Methodenkategorie „Expositions-

Tabelle 2.

Rangreihe der fünf als am hilfreichsten eingeschätzten Methoden.

	Nennungen in FB II
Expositionsübungen	10
Training sozialer Kompetenzen	8
Kreative/Imaginative Verfahren	7
Herleitung und Erklärung des Therapierationals	7
Achtsamkeits-/Sinnes und Körperwahrnehmungsübungen	5

übungen“ zu verknüpfen. Dies war dadurch begründet, dass sich die unter der Methodenkategorie „Herleitung und Erklärung des Therapierationals“ zusammengefassten Methodenvorschläge primär auf das Rational der Durchführung von Expositionsübungen bezogen (siehe Anhang C). Dementsprechend erschien es aufgrund dieser inhaltlichen Überlappung sinnvoll, die Herleitung des Therapierationals als einen Teilaspekt der Durchführung von Expositionsübungen zu konzipieren und beides dementsprechend in einem gemeinsamen Baustein aufzugreifen.

Darüber hinaus wurde entschieden, einen weiteren Baustein zu einer allgemeinen Psychoedukation zu Angst in den Methodenkoffer mitaufzunehmen (von den Experten an sechster Stelle genannt). Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich eine Herleitung des Therapierationals in der Praxis in der Regel als ein Unteraspekt der Psychoedukation wiederfindet und die Psychoedukation darüber hinaus eine Standardkomponente in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Angststörungen darstellt (Bandelow et al., 2014; Domschke & Hoyer, 2019; Röttgers & Wittbrock, 2019). Dementsprechend erschien es unter dem Ziel eines inhaltlich stringenten therapeutischen Vorgehens sinnvoll, eine allgemeine Psychoedukation zu Angst als Grundlage der Herleitung des Rationals der von der Fachgruppe als am bedeutsamsten eingeschätzten Durchführung von Expositionsübungen in den Methodenkoffer mit aufzunehmen.

Abschließend wurde auf Basis weiterer praktischer Überlegungen festgelegt, die Literaturrecherche zunächst auf Arbeiten zu Psychoedukation, Expositionsübungen und achtsamkeitsbasierten Verfahren zu konzentrieren. Dies begründet sich dadurch, dass diese Therapiebausteine praktischen Erfahrungswerten zufolge bei der Behandlung von Angststörungen in vielen Fällen gut kombiniert werden können. Die in der Delphi-Befragung mit am häufigsten genannten Methodenkategorien „Training sozialer Kompetenzen“ und „Kreative Verfahren/Imaginative Verfahren“ wurden auch aufgrund zeitlicher Aspekte lediglich als methodenübergreifende Orientierung für relevante Inhalte bei der Analyse der Literatur zu den anderen Bausteinen

herangezogen und nicht über einzelne Suchvorgänge empirisch fundiert. Dies erschien auch vor dem Hintergrund der unter der Methodenkategorie „Training sozialer Kompetenzen“ in Klammern angeführten methodenübergreifenden Ansätze „Modelllernen“ und „Rollenspiele“ sowie der im Rahmen einer Literaturrecherche als nur schwer fassbar eingeschätzten Eigenschaften der Methodenkategorie „Kreative/Imaginative Verfahren“ naheliegend.

Für die Literaturrecherche und anschließende Konzeption des Methodenkoffers wurden somit auf Grundlage der Methodenvorschläge der Fachgruppe die folgenden drei Therapiebausteine gebildet:

- Baustein 1: Psychoedukation
- Baustein 2: Expositionsübungen (mit Herleitung des Therapierationals)
- Baustein 3: Achtsamkeits-/Sinnes und Körperwahrnehmungsübungen

3.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

In Tabelle 3 sind die verwendeten Suchbegriffe dargestellt. Diese werden über eine Thesaurus-Funktion optimiert. Dabei wurden die Synonyme für intellektuelle Beeinträchtigung durch den Operator „AND“ mit „intervention OR training OR psychotherap* OR treatment“ sowie den jeweiligen Schlagwortmodifikationen für Angststörungen und der spezifischen Methode verknüpft. Sternchen (*) dienten als Platzhalter für mögliche Endungen oder Teilwörter. Die Begriffe zu intellektueller Beeinträchtigung und Angststörung wurden zusätzlich durch den Operator „Schlagwörter“ (SU) ergänzt, um sicherzustellen, dass sie im Fokus der Artikel stehen. Um die Ergebnisse der Suche darüber hinaus einschränken zu können, wurden eine Einschränkung hinsichtlich des Erscheinungsdatums vorgenommen und nur innerhalb der letzten 20 Jahre veröffentlichte Arbeiten berücksichtigt.

Arbeiten mit einem Fokus auf psychoedukative Inhalte konnten anhand des strengen Suchkriteriums einer Anwendung im Kontext von Angststörungen nur wenige identifiziert werden. Die Suche ergab zwar 3 Treffer, hiervon wurde jedoch nur eine Arbeit als geeignet für die weitere Analyse erachtet. Bei der Suche ohne das Suchkriterium der Beschreibung der Methode im Kontext einer Angststörung ergaben sich 59 Treffer, von denen 19 gesichtet und 3 in die Analyse aufgenommen wurden. Anhand von Querverweisen konnten 2 weitere geeignete Arbeiten identifiziert werden. Zusammengenommen wurden somit 6 Arbeiten für den Baustein „Psychoedukation“ analysiert.

Für Expositionsübungen wurden über die Suche im expliziten Kontext von Angststörungen 16 Treffer generiert. Auf Basis der Titel und Abstracts wurden davon 10 Arbeiten gesichtet, von denen anhand der Ein- und Ausschlusskriterien letztlich 7 in die Analyse aufgenommen wurden. Bei Verzicht auf den Suchoperator zu Angststörungen wurden 72 Treffer erzielt, von

Tabelle 3.

Überblick über die verwendeten Suchbegriffe.

	Suchbegriffe
Intellektuelle Beeinträchtigung	SU (“intellektuell* Beeinträchtigt*” OR “intellektuell* Behinder*” OR “geistig* Behinder*” OR “Intelligenzminderung” OR “mental* retard*” OR “mental deficiency” OR “mental* handicap*” OR “intellectual* disab*” OR “mental* disab*” OR “Intellectual development* disorder”)
Intervention	(Intervention OR Training OR psychotherap* OR treatment)
Angststörungen	SU (Angst OR Phobie OR “Angststörung” OR fear OR phobia OR anxiety OR “anxiety disorder” OR phobic)
Psychoedukation	(Psychoedukat* OR psychoeducation*)
Expositionsübungen	(Exposition* OR Konfront* OR “systematische Desensibilisierung” OR exposure* OR response prevent* OR confront* OR “systematic desensitization”)
Achtsamkeitsübungen	(Achtsamkeit* OR “Acceptance and Commitment Therapy” OR mindful*)

denen lediglich eine über die Treffer der vorherigen Suche hinausgehende Arbeit als geeignet ausgewählt wurde. Ergänzend wurden 5 weitere Arbeiten zu Expositionsübungen über Querverweise identifiziert. Insgesamt gingen somit 13 Arbeiten in die Analyse für den Baustein „Expositionsübungen“ ein.

Für Achtsamkeitsübungen ergaben sich im ersten Schritt der Suche 6 Treffer für eine Anwendung innerhalb der Behandlung von Angststörungen. Hiervon wurden 4 gesichtet und 2 in die Analyse aufgenommen. Störungsübergreifend ergaben sich 79 Treffer, von denen 28 gesichtet und anhand der Ein- und Ausschlusskriterien 8 in die Analyse aufgenommen wurden. Aus Querverweisen ergaben sich des Weiteren 3 zusätzliche Arbeiten zu Achtsamkeitsübungen bei intellektueller Beeinträchtigung, die in die Analyse aufgenommen wurden. Insgesamt umfasste diese somit 13 Arbeiten für den Baustein „Achtsamkeits-/Sinnes und Körperwahrnehmungsübungen“.

Methodenübergreifende Arbeiten zur Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wurden über eine Einschränkung auf Literaturreviews, systematische Reviews und Metaanalysen anhand der Einstellungsmöglichkeiten auf *EbscoHost* ermittelt. Hierbei ergaben sich 11 Treffer, von denen 7 gesichtet und 4 in die Analyse aufgenom-

Tabelle 4.

Darstellung der Suchstrategien und Trefferzahlen für die Methoden

	Suchstrategie	Treffer	Sichtung	Analyse
Psychoedukation	SU IB + Int + SU AS + Edu	3	2	1
	SU IB + Int + SU Edu	59	19	3
Expositionsübungen	SU IB + Int + SU AS + Exp	16	10	7
	SU IB + Int + SU Exp	72	5	1
Achtsamkeitsübungen	SU IB + Int + SU AS + Mind	6	4	2
	SU IB + Int + Mind	79	28	8
Methodenübergreifend	SU IB + Int + SU AS	11	7	4
	(nur Literaturreviews, systematische Reviews und Metaanalysen)			
Zusätzliche Arbeiten aus Querverweisen (per Einzelsuche ermittelt)				
Psychoedukation		2		
Expositionsübungen		5		
Achtsamkeitsübungen		3		
Methodenübergreifend		4		
Gesamtzahl an analysierten Arbeiten				
Psychoedukation		6		
Expositionsübungen		13		
Achtsamkeitsübungen		13		
Methodenübergreifend		8		

Anmerkung: SU = „Schlagwort“ als Operator für diesen Suchbegriff eingesetzt, IB = Suchbegriffe für intellektuelle Beeinträchtigung, Int = Suchbegriffe für Intervention, AS = Suchbegriffe für Angststörung, Exp = Suchbegriffe für Expositionsübungen, Edu = Suchbegriffe für Psychoedukation, Mind = Suchbegriffe für Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen.

men wurden. Zusätzlich konnten 4 methodenübergreifende Reviews anhand von Querverweisen aus anderen Arbeiten identifiziert werden. Insgesamt wurden somit 8 methodenübergreifende Arbeiten analysiert. Tabelle 4 bietet einen Überblick der mithilfe der verschiedenen Suchstrategien generierten Treffer.

3.3 Inhaltliche Gestaltung des Methodenkoffers

Im Folgenden werden die inhaltlichen Ergebnisse der Literaturrecherche, welche die Grundlage für die Konzeption des Methodenkoffers lieferten, dargestellt. Dabei wird jeder Baustein in einem eigenen Unterkapitel behandelt. Jedes Unterkapitel beginnt mit einer allgemeinen Beschreibung der jeweiligen Methode. Manche Inhalte überschneiden sich zwischen den einzelnen Bausteinen. Bei der Analyse wurde daher darauf geachtet, die einem Baustein zugeordneten Arbeiten auch nach Informationen zu den anderen Bausteinen zu durchsuchen. Dies wird durch

Querverweise kenntlich gemacht. Jedes Kapitel endet mit einer Auflistung der daraus abgeleiteten Arbeitsblätter.

3.3.1 Baustein 1: Psychoedukation

Den aktuellen S3-Leitlinien (Bandelow et al., 2014) folgend beinhaltet der „state of the art“ einer psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen bei durchschnittlich intelligenten Personen die Durchführung psychoedukativer Sitzungen zu Beginn der Therapie. Hierdurch sollen grundlegende Informationen über Angst und Angststörungen vermittelt und auf die individuelle Situation übertragen werden. Es gibt je nach Angststörungsbild verschiedene theoretische Modelle, die hierfür eine Grundlage bieten können. Typischerweise werden persönliche Angstsymptome, -situationen, -gedanken und -verhaltensweisen zunächst identifiziert und in einen gemeinsamen Zusammenhang gebracht. Daraus abgeleitet kann auf die Rolle von Vermeidungsverhalten und die damit verbundenen kurzfristig angstreduzierenden, aber langfristig aufrechterhaltenden Konsequenzen eingegangen werden. Dies ermöglicht das Herausarbeiten des Rationals der innerhalb der S3-Leitlinien ebenfalls als zentral angeführten Expositionsübungen (siehe Abschnitt 3.3.2): eine Angstbewältigung kann nur durch die Konfrontation mit den Angstgehalten bei gleichzeitigem Verzicht auf Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten erfolgen (Domschke & Hoyer, 2019; Röttgers & Wittbrock, 2019).

Psychoedukative Elemente innerhalb der analysierten Arbeiten: Die wenigen bei der Literaturrecherche identifizierten Arbeiten zur Psychoedukation von Angststörungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen bezogen sich allesamt auf gruppentherapeutische Programme. Kirk und Kollegen (2014) berichten die Adaption eines ursprünglich für durchschnittlich intelligente Personen entwickelten psychoedukativen Gruppenprogramms, welches mit fünf leicht bis mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Erwachsenen über 9 Sitzungen hinweg durchgeführt wurde. Dieses kennzeichnete sich formal durch längere und häufigere Sitzungen, den Einbau von Pausen, einen klar festgelegten Beginn und Abschluss der Sitzungen sowie eine deutlich reduzierte Anzahl an Teilnehmenden. Eine Anpassung des Inhalts, der Struktur und der eingesetzten Darstellungsformen innerhalb der Sitzungen wird erwähnt, in ihrer Umsetzung aber nicht ausführlich beschrieben. Neben den generellen Adaptionprinzipien der Psychotherapie bei intellektueller Beeinträchtigung wird ein Einbau von Wiederholungen zur regelmäßigen Überprüfung des Verständnisses der Patienten sowie der Einbezug verschiedenerer sensorischer Kanäle durch Visualisierungen, Brett- oder Rollenspiele und sonstige Gruppenarbeiten angeführt. Da das Programm das Ziel verfolgte, die Selbstwahrnehmung der Teilnehmenden in Bezug auf ihre Angstsymptomatik zu verbessern, wurden in den ersten Sitzungen allgemeine physiologische Effekte von Angst besprochen. Anschließend sollten die Teilnehmenden ihre

persönlichen Auslöser von Angst identifizieren und mit den damit einhergehenden Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen in Verbindung setzen. Bei den späteren Sitzungen wurde der Fokus auf mögliche Bewältigungsstrategien für einen adaptiven Umgang mit Angst gelegt. Dabei wurden sowohl Entspannungsstrategien als auch kognitive Strategien aufgegriffen. Der Schwerpunkt lag auf einer Herausarbeitung möglicher Verhaltensänderungen. Um diese in einer vereinfachten Form darzustellen, wurde auf konkrete Beispiele und Rollenspiele zurückgegriffen. Auf Basis der Eindrücke der Gruppenleitenden erwies es sich als wichtig, dass die besprochenen Inhalte immer auf das persönliche Leben der Teilnehmenden übertragen wurden. Auch werden Verständnisschwierigkeiten berichtet, die sich daraus ergaben, dass der Begriff „Angst“ von den Teilnehmenden nicht einheitlich verstanden und verwendet wurden. Daher wurde auf alternative Bezeichnungen zurückgegriffen, von denen „Stress“ als die geeignetste empfunden wurde. Die Verwendung einer klaren und einheitlichen Terminologie erscheint somit von großer Bedeutung. Abschließend berichten Kirk und Kollegen (2014), dass die Angstsymptomatik der Teilnehmenden durch das psychoedukative Programm zwar nicht reduziert wurde, das Verständnis für Angst und deren Auslöser sowie mögliche Bewältigungsstrategien aber deutlich erhöht werden konnte.

Douglass und Kollegen (2007) beschreiben die Anwendung eines weiteren kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms zum Angst-Management, welches psychoedukative Aspekte beinhaltete. Das Programm wurde mit sechs leicht bis mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Personen über 12 Wochen gemeinsam mit deren Bezugspersonen durchgeführt. Fokussiert wurde neben der Etablierung eines gemeinsam entwickelten Angstverständnisses die Besprechung möglicher kognitiver und verhaltensbezogener Bewältigungsstrategien. Für die Psychoedukation werden Übungen zur Emotionserkennung, die gemeinsame Erarbeitung physiologischer Angstsymptome, die Vermittlung von allgemeinen Informationen über Angst und Sorgen, die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Körperreaktionen und Verhalten anhand eines Angstkreislaufs sowie die Identifikation persönlicher Angstanzeichen und -inhalte erwähnt. Die Sitzungen zu Bewältigungsstrategien bezogen sich zunächst auf die Unterscheidung von guten und schlechten Bewältigungsstrategien, die Identifikation persönlicher Bewältigungsstrategien sowie darauf aufbauend die Einführung von Entspannungstechniken (Atemübungen, geführte Fantasiereisen) und kognitiven Techniken (positive Selbstinstruktion, Aufmerksamkeitslenkung). Zu Beginn jeder Sitzung wurde eine klare Strukturierung vorgegeben, damit die anstehenden Inhalte und Aufgaben für die Teilnehmenden vorhersehbar waren. Besprochene Inhalte wurden sowohl innerhalb der Sitzungen als auch am Anfang jeder Sitzung wiederholt. Über alle Sitzungen hinweg wurden aktivierende Elemente integriert. So wurde

jede Sitzung durch ein psychoedukatives Spiel oder Quiz beendet und die Vermittlung vieler Inhalte erfolgte anhand von Rollenspielen. Zusätzlich wurden Gefühls- und Sorgetagebücher eingeführt, welche die Teilnehmenden als Hausaufgabe zwischen den Sitzungen bearbeiten sollten und welche einer Übertragung der psychoedukativen Inhalte in den Alltag dienten. Die Tagebücher umfassten visuelle Elemente für eine vereinfachte Bearbeitung und wurden über die Sitzungen hinweg an die gelernten Inhalte angepasst. So bezog sich das Sorgentagebuch im ersten Schritt lediglich auf die Protokollierung des Auftretens von Sorgen und deren Inhalte, nach der Besprechung möglicher Bewältigungsstrategien wurde zusätzlich ein Feld für ein Festhalten des Umgangs mit den auftretenden Sorgen eingefügt. Douglass und Kollegen (2007) berichten, dass es zwei Teilnehmenden möglich war, die Tagebücher komplett selbstständig zu führen, die vier weiteren Teilnehmer benötigten die Unterstützung ihrer Bezugspersonen. Der Einbezug von Bezugspersonen erwies sich auch während der Sitzungen als hilfreich, da diese dadurch ein vertieftes Verständnis über das Angstverhalten der zu behandelnden Person gewinnen und diese darauf aufbauend besser unterstützen konnten. Sowohl anhand der Rückmeldungen der Teilnehmenden als auch der Eindrücke der Gruppenleitenden zeigte sich ein verbessertes Angstverständnis sowie ein breiteres Wissen über mögliche Bewältigungsstrategien in Anschluss an das Gruppenprogramm.

Die bisher beschriebenen Adaptionen und psychoedukativen Inhalte innerhalb der Gruppentherapien von Kirk und Kollegen (2014) sowie Douglass und Kollegen (2007) finden sich auch in den weiteren analysierten Arbeiten wieder. Beim von Hronis und Kollegen (2019) entwickelten *Fearless Me!*© Programm zur Behandlung von intellektuell beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen mit Angststörung, welches sowohl persönliche Gruppensitzungen als auch online-basierte Übungsmodule umfasst, bezogen sich die psychoedukativen Inhalte im Rahmen der Grundannahmen der kognitiven Verhaltenstherapie ebenfalls auf eine Identifikation und Unterscheidung von Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Die eingesetzten Materialien wurden sowohl verbal als auch visuell vermittelt. Im Rahmen der Online-Module wurden animierte Videos für eine Erleichterung des Verständnisses und konkrete Beispiele anhand fiktiver Geschichten über Personen, die ihre Angst bewältigen, eingesetzt. Summers und Witts (2003) berichten in einem Fallbericht die Psychoedukation einer Patientin mit mittlerer bis schwerer intellektueller Beeinträchtigung über Tod und Verlust anhand eines Buches, welches Bilder, Symbole und illustrierte Beispiele beinhaltete. Diese wurden zusätzlich durch verbale Besprechungen und Videomaterialien angereichert. Der Einsatz von multiplen Beispielen wird auch von Lund und Hammond (2014) für die Aufklärung intellektuell beeinträchtigter Menschen über mögliche Missbrauchs- und Ausnutzungsrisiken im Rahmen eines Gruppenprogramms

berichtet. Dabei wurden den Teilnehmenden fiktive Szenarien vorgegeben, in denen eingeschätzt werden sollte, ob es sich um einen Missbrauchsfall handelt und wenn ja, wie sich die fiktive Person verhalten könnte. Zusätzlich wurden Rollenspiele, ein interaktiver Austausch und eine Wiederholung der wichtigsten Punkte über verschiedene Medien (Texte, Bilder, Cartoons) als hilfreich berichtet. Crowley und Kollegen (2008) berichten die Adaption eines für durchschnittlich intelligente Menschen entwickelten psychoedukativen Programms über psychotische Erkrankungen. Neben den generellen Prinzipien einer inhaltlichen und sprachlichen Vereinfachung, mehrfachen Wiederholungen und dem Einsatz von visualisierenden Elementen beinhaltete dieses einen psychoedukativen Fragebogen. Auf diesem sollten die Teilnehmenden einfache Fragen über Psychosen durch das Ankreuzen von „richtig“ oder „falsch“ beantworten. Die Fragen umfassten Aussagen über Symptome von Psychosen, deren Behandlung und Häufigkeit sowie mögliche Ursachen und Verhaltensempfehlungen. Zusätzlich wurden vielfältige visualisierende Materialien eingesetzt, welche die Teilnehmenden teils selbst entwickelten. Diese selbst entwickelnden Materialien wurden insbesondere für eine Wiederholung der Inhalte aus vorherigen Stunden herangezogen und erleichterten es den Teilnehmenden, sich an diese zu erinnern. Darüber hinaus bezeichnen Crowley und Kollegen (2008) den Einbezug von Bezugspersonen als wichtig, da die Teilnehmenden die besprochenen Inhalte hierdurch mit diesen zwischen den Sitzungen weiterdiskutieren konnten. Dies erleichterte die Festigung und Generalisierung der Inhalte. Den Bezugspersonen selbst wurden darüber hinaus Informationsschreiben über das Störungsbild einer Psychose ausgehändigt.

Synthese und abgeleitete Arbeitsmaterialien: Insgesamt kann festgehalten werden, dass die wenigen Arbeiten, in denen ausführlich auf die Psychoedukation von Angststörungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen eingegangen wurde, zu großen Teilen auf der Adaption von ursprünglich für durchschnittlich intelligente Menschen entwickelten Therapieprogrammen beruhten (Crowley et al., 2008; Douglass et al., 2007; Kirk et al., 2014). Bei den durchgeführten Adaptionen lassen sich viele der von Hurley und Kollegen (1998) beschriebenen allgemeinen Prinzipien der Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wiederfinden. Eine Anpassung des Sprachniveaus sowie eine Vereinfachung der besprochenen Inhalte erfolgte in nahezu allen analysierten Arbeiten durch den Einsatz von Visualisierungen und verschiedenen Medien. Bedeutsam hervorgehoben wird in vielen Fällen die Darstellung der Inhalte durch einen Rückgriff auf konkrete Beispiele, welche gegebenenfalls in eine fiktive Geschichte eingebettet werden können. Darüber hinaus scheint es für eine Erleichterung des Verständnisses wichtig zu sein, die Inhalte regelmäßig und in Kombination mit aktivierenden Elementen wie beispielsweise Rollenspiele oder Quiz zu wiederholen. Ein direktives Vorgehen

findet sich in der klaren und transparenten Strukturierung der Sitzungen wieder, welche konsistent eingehalten wurde.

Inhaltlich bezog sich die Psychoedukation in den analysierten Arbeiten auf allgemeine Informationen über Angst und Angststörungen und im Besonderen die Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Dieser Fokus war vermutlich dem zugrunde gelegten Rahmenmodell der kognitiven Verhaltenstherapie geschuldet, innerhalb dessen ein Verständnis dieses Zusammenhangs grundlegend ist. Sowohl bei Douglass und Kollegen (2007) als auch bei Kirk und Kollegen (2014) wurde auf die physiologischen und emotionalen Aspekte von Angst eingegangen, um darauf aufbauend persönliche Auslöser, Gefühle und Verhaltensweisen identifizieren zu können. Kirk und Kollegen (2014) weisen darauf hin, dass die üblicherweise mit durchschnittlich intelligenten Personen durchgeführte ausführliche Bearbeitung kognitiver Verzerrungen im Rahmen des psychoedukativen Programms mit intellektuell beeinträchtigten Menschen entfiel und stattdessen verhaltensbezogene sowie physiologische Aspekte in den Vordergrund gestellt wurden. Als konkrete Materialien für die Psychoedukation erwähnen Douglass und Kollegen (2007) den Rückgriff auf das Modell eines Angstkreislaufs sowie die Einführung von Angst- und Sorgetagebüchern. Crowley und Kollegen (2008) berichten darüber hinaus den Einsatz eines Fragebogens in einem Richtig-Falsch-Format sowie die Ausgabe eines psychoedukativen Informationsschreibens an die Bezugspersonen. Die Vermittlung psychoedukativer Inhalte an die Bezugspersonen wird durchgehend als hilfreich beschrieben.

Auf Basis der analysierten Literatur wurden für den Therapie-Baustein „Psychoedukation“ die unten aufgelisteten Arbeitsblätter erstellt:

1. Ein Informationsblatt für Therapierende über die Besonderheiten von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung
2. Ein Informationsblatt für Bezugspersonen über verschiedene Angststörungsbilder und deren Symptomatik
3. Ein Informationsblatt für Therapierende zur Durchführung psychoedukativer Sitzungen mit intellektuell beeinträchtigten Personen
4. Ein Informationsblatt für Klient*innen zu Angst und Angststörungen
5. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen zur Identifizierung individueller Angstinhalte und -auslöser
6. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Herausarbeitung körperlicher Empfindungen beim Auftreten von Angst

7. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Herausarbeitung von Gedanken beim Auftreten von Angst
8. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Herausarbeitung von aus der Angst resultierenden Verhaltensweisen
9. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Herausarbeitung des Zusammenhangs zwischen Angstgedanken und -gefühlen
10. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Herausarbeitung des Ablaufs von Gedanken, Gefühlen und Verhalten bei Konfrontation mit einem Angstreiz
11. Ein Informationsblatt für Therapierende und ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Integration der besprochenen Inhalte in einen Angst-Kreislauf
12. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen, welches als Tagebuch für die Protokollierung des Angsterlebens im Wochenverlauf verwendet werden kann

3.3.2 Baustein 2: Expositionsübungen

Expositionsübungen gehören zu den klassischen Methoden der Verhaltenstherapie und stellen den aktuellen S3-Leitlinien zufolge einen zentralen Bestandteil der Psychotherapie von Angststörungen dar (Bandelow et al., 2014). Sie zielen darauf ab, sich strukturiert mit den angstbesetzten Reizen zu konfrontieren, ohne dass es zu einer Vermeidung kommt. Die behandelte Person soll dadurch die korrigierende Lernerfahrung machen, dass sie die Angstsituation ohne das Auftreten von Aversionen und ohne den Einsatz von Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten bewältigen kann. Den zentralen Wirkmechanismus bildet das sogenannte Inhibitionslernen. Durch die Einsicht, dass die Angst in einer gefürchteten Situation mit der Zeit von alleine und ohne das Eintreten der anfänglichen Befürchtungen abnimmt, soll die Assoziation zwischen Angstreizen und aversiven Inhalt als auch die negative Verstärkung von Vermeidungsverhalten zunehmend aufgelöst werden. Dabei wird nicht zwangsläufig das Ziel eines vollständigen Ausbleibens von Angstreaktionen verfolgt, sondern eine Befähigung zur selbstständigen und aktiven Bewältigung von Angstsituationen (Domschke & Hoyer, 2019; Lash-Hennemann et al., 2018; Röttgers & Wittbrock, 2019).

Je nachdem, wie die Angstsinhalte präsentiert werden, lassen sich verschiedene Arten der Exposition unterscheiden. Konfrontiert man sich in der Vorstellung mit den angstbesetzten Inhalten, spricht man von einer Exposition in sensu. Bei der Exposition in vivo werden die Angstsinhalte hingegen real in der Umwelt aufgesucht. Häufig wird graduell vorgegangen. Das heißt, dass sukzessive immer stärker angstbesetzte Situationen aufgesucht werden. Dem Gegenüber wird die Exposition bei einem massierten Vorgehen direkt mit einer sehr stark angstbesetzten Situation begonnen (Hagena & Gebauer, 2014; Traub & In-Albon, 2017). Bei der

systematischen Desensibilisierung nach Wolpe (1958) werden zusätzlich gezielt körperliche Entspannungsreaktionen bei der Konfrontation mit den Angstreizen eingeleitet. Dabei ist das Rational, dass Entspannung nicht mit dem Auftreten von Angstsymptomen und Vermeidungsverhalten kompatibel ist. Dementsprechend soll durch den Einsatz der Entspannungstechniken während der Konfrontation eine Hemmung der Angstreaktion konditioniert werden.

Jennett und Hagopian (2008) identifizierten in einem umfassenden systematischen Review auf Basis von 38 Einzelfallstudien, nicht-experimentellen Fallberichten und Gruppenuntersuchungen verhaltenstherapeutische Behandlungselemente für den Abbau von phobischen Vermeidungsverhalten bei intellektuell beeinträchtigten Personen. Als zentral wird der Einsatz von graduellen in vivo Expositionen in Kombination mit einer kontingenten Verstärkung des erwünschten Annäherungsverhaltens angeführt. Dies deckt sich mit den Empfehlungen weiterer Reviews zur Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (Dagnan et al., 2000; Davis et al., 2008; Hagopian & Jennett, 2008; Kupzyk & Allen, 2019). Im Folgenden sollen die von Jennett & Hagopian (2008) angeführten Komponenten der Konfrontationsbehandlung bei intellektuell beeinträchtigten Personen mit den bei der Literaturrecherche zusätzlich ermittelten Inhalten integriert werden.

Herleitung des Rationals: Für die Herleitung des Rationals von Expositionsübungen konnten in der analysierten Literatur keine Beschreibungen identifiziert werden. In den wenigen Fallberichten, in denen auf eine Vorbereitung der Expositionsübungen eingegangen wurde, lag der Fokus vor allem auf einer Besprechung deren Ablaufs. Cowdrey & Walz (2015) erwähnen die Vorbesprechung der Expositionsbehandlung einer leicht intellektuell beeinträchtigten Patientin mit Spinnen-Phobie über eine vereinfachte verbale Kommunikation. Sappok und Kollegen (2010) beschreiben einen zusätzlichen Einsatz von Visualisierungen. Für eine bessere Veranschaulichung wurde der Ablauf der Konfrontationsstunden mit einem leicht intellektuell beeinträchtigten Patienten mit Hundephobie schematisch festgehalten. Zusätzlich wurden die Schemazeichnungen dafür verwendet, das Verständnis und die Einwilligung des Patienten zu überprüfen. So wurde ein Einverständnis für den nächsten Therapieschritt daraus abgeleitet, dass dieser auf der Schemazeichnung die dabei geplante Position des Hundes anzeigte. Auch Burton, Palicka und Williams (2017) setzten bei der Konfrontationsbehandlung von fünf schwer intellektuell beeinträchtigten Personen vor jeder Konfrontationssitzung Visualisierungen für eine Darstellung der im Rahmen der Exposition geplanten Aktivitäten und deren zeitlichen Ablauf ein. Cavalari und Kollegen (2013) berichten als kreative Vorbereitungsmöglichkeit den Einsatz fiktiver Geschichten. Der von ihnen behandelten mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Patientin wurden den Konfrontationsstunden vorausgehend Geschichten über

Arztbesuche wiederholt vorgelesen. Dadurch war es möglich, den Ablauf und die Inhalte der geplanten Konfrontationsstunden auf eine leicht verständliche Art und Weise zu vermitteln.

Exposition in vivo mit graduierten Vorgehen: Aufgrund der reduzierten Imaginations- und Verbalisationsfähigkeiten intellektuell beeinträchtigter Menschen wird in der Literatur empfohlen, Expositionsübungen in vivo und nur in Ausnahmefällen in sensu durchzuführen (Jennett & Hagopian, 2008; Kupzyk & Allen, 2019). Im Rahmen der Literaturrecherche ließen sich in diesem Sinne ausschließlich Forschungsarbeiten ermitteln, in denen eine Exposition in vivo beschrieben wird. Des Weiteren wird in den analysierten Reviews darauf hingewiesen, die Exposition in einer graduierten Form durchzuführen. Dies begründet sich dadurch, dass viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung das Rational eines massierten Ansatzes mit Reizüberflutung und dem dabei therapeutisch notwendigen Auftreten intensiver Angst unter Umständen nicht nachvollziehen können. Zu Beginn der Exposition sollte daher kein übermäßig aversiver Angstzustand induziert werden, denn dies könnte aufgrund des fehlenden Verständnisses eine maladaptive Flucht- oder Vermeidungsreaktion in extremer Ausprägung hervorrufen (E. Davis et al., 2008; Hagopian & Jennett, 2008; Kupzyk & Allen, 2019).

Burton, Palicka und Williams (2017) beschreiben eine schrittweise in vivo Konfrontation von fünf schwer intellektuell beeinträchtigten Personen mit Hunde-Phobie, welche sich von Bildern und Puzzeln über das Streicheln von Hunde-Kuscheltieren hin zur Konfrontation mit einem echten Hund mit zunehmend reduzierten Abstand entwickelte. Im Einzelfallbericht von Wolff und Symons (2013) wurde die Distanz zu einer Spritze sukzessive verringert, in dem sich die therapierende Person mit einer Spritze in der Hand anhand von Markierungen auf dem Fußboden und in zeitlich klar definierten Abständen dem intellektuell beeinträchtigten Patienten annäherte. Dies erfolgte so lange, bis dieser seinen Arm vom Tisch entfernte. Nach Wiederholung dieses Vorgehens in mehreren Sitzungen war es möglich, einen Hautkontakt des Patienten mit der Spritze herzustellen. Auch bei Shabani und Fisher (2006) wurde die Distanz zu einer Spritze in Zehn-Sekunden-Abständen über mehrere Sitzungen kontinuierlich verringert, bevor am Ende der Konfrontationsbehandlung eine Blutabnahme erfolgreich durchgeführt werden konnte. Hagopian und Kollegen (2001) beschreiben ein ähnliches Vorgehen, in dem ein mittelgradig intellektuell beeinträchtigter Patient mit Blut-Phobie zunächst mit nichtinvasiven medizinischen Reizen und erst im Verlauf der Behandlung mit Reizen im Zusammenhang mit einer Blutabnahme konfrontiert wurde. Bei der Behandlung einer Patientin mit einer auf medizinische Untersuchungen fokussierten Phobie von Cavalari und Kollegen (2013) entwickelte sich die Konfrontation vom anfänglichen Warten vor dem Arztzimmer über mehrere Konfrontationsstufen hinweg zu einer vollständigen körperlichen Untersuchung der Patientin. Es wird

berichtet, dass die benötigte Dauer und Anzahl an Wiederholungen für die verschiedenen Stufen erheblich variierte. Cowdrey und Walz (2015) erwähnen den Einsatz eines visuellen „Angst-Thermometers“, auf welchem die leicht intellektuell beeinträchtigte Patientin ihr Angstlevel während der einzelnen Konfrontationsstufen anzeigen konnte. Jede Stufe wurde dann solange ausgehalten, bis das subjektive Angstlevel sich um mindestens 50% reduziert hatte. Dies entspricht dem gängigen Vorgehen bei der Konfrontationsbehandlung von durchschnittlich intelligenten Kindern und Jugendlichen, bei welchem die Intensität der Angst regelmäßig erfragt wird (Traub & In-Albon, 2017).

Entwicklung einer Angsthierarchie: Damit das graduierte Vorgehen der Exposition vorab geplant und individuell angepasst werden kann, ist die Entwicklung einer Angsthierarchie zentral. Hierbei werden verschiedene Angststimuli identifiziert und nach der mit ihnen verknüpften Intensität der Angst in einer Rangordnung sortiert. Bei intellektuell beeinträchtigten Menschen kann die Entwicklung der Angsthierarchie aufgrund des Fehlens oder der Unzuverlässigkeit verbaler Berichte unter Umständen erschwert sein. Hagopian und Jennett (2008) empfehlen daher, in diesen Fällen auf alternative und angepasste Möglichkeiten für die Erfassung der Angst zurückzugreifen. Cowdrey und Walz (2015) beschreiben in diesem Sinne einen spielerischen Ansatz für die Entwicklung der Angsthierarchie mit einer leicht intellektuell beeinträchtigten Patientin. Zunächst wurden verschiedene Tätigkeiten mit Bezug auf Spinnen schriftlich oder visuell auf Karten festgehalten. Diese Karten wurden dann gemeinsam mit der Patientin in drei Kategorien eingeteilt: Nicht beängstigend, etwas beängstigend und sehr beängstigend. Zusätzlich wurden nicht ausgefüllte Karten bereitgestellt, auf denen die Patientin selbst weitere angstbesetzte Tätigkeiten festhalten konnte. Es lässt sich ableiten, dass dieses spielerische Vorgehen stark an das Vorhandensein basaler sprachlicher und schriftlicher Kompetenzen der Patientin geknüpft war. Sind grundlegende sprachliche Fähigkeiten gegeben, können des Weiteren auch vereinfachte Fragebögen mit visualisierten Rating-Skalen eine Erfassung des subjektiven Angsterlebens ermöglichen (Hagopian & Jennett, 2008). Hierbei muss allerdings auf das Auftreten von sozial erwünschten Antwortverhalten geachtet werden (Ehrenreich-May & Remmes, 2013; Hartley & MacLean Jr, 2006). Daher bietet es sich in vielen Fällen an, auch offene Verhaltensbeobachtungen für die Identifikation und Hierarchisierung der Angstinhalte intellektuell beeinträchtigter Menschen heranzuziehen. Dafür können verschiedene Angstreize in variierenden Formen und nach eigenem Ermessen der therapierenden Person so lange dargeboten werden, bis sich erste Angst- und Vermeidungsreaktionen beobachten lassen. Diese Baseline der Vermeidung kann dann für die Konzeption der Angsthierarchie herangezogen werden (Hagopian & Jennett, 2008). Dieses Vorgehen wird von Burton und Kollegen (2007),

Ehrenreich-May und Remmes (2013), Shabani und Fisher (2006) sowie Slifer und Kollegen (2011) berichtet. Eine weitere wichtige Orientierung für die Entwicklung der Angsthierarchie können von Personen aus dem nahen Umfeld der zu behandelnden Person erbrachte Informationen liefern. So entwickelten Cromartie, Flood und Luiselli (2014) die Angsthierarchie ihrer mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Patientin auf Basis von Falldokumentationen des zuvor behandelnden Psychiaters und Berichten des Pflegepersonals über das Verhalten der Patientin.

Einsatz von differentiellen Verstärkungsstrategien: Neben einer graduellen in-vivo Exposition führen sowohl Jennett und Hagopian (2008) als auch Kupzyk und Allen (2019) in ihren Reviews den Einsatz von differentiellen Verstärkungsstrategien als zentralen Baustein einer Konfrontationsbehandlung mit intellektuell beeinträchtigten Personen an. Das Auftreten des gewünschten Annäherungsverhalten oder die Abwesenheit des unerwünschten Vermeidungsverhaltens sollten immer gezielt verstärkt werden. Hierfür bieten sich soziale Verstärker im Sinne von verbalem Lob und bestätigenden Gesten, aber auch materielle Belohnungen an. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass sich die Verstärker direkt auf das gezeigte Verhalten beziehen (Hagopian & Jennett, 2008; Kupzyk & Allen, 2019).

In der analysierten Literatur wurden in vielen Fällen Süßigkeiten, Snacks oder angenehme Aktivitäten als Verstärker berichtet (Cavalari et al., 2013; Ehrenreich-May & Remmes, 2013; Shabani & Fisher, 2006; Wolff & Symons, 2013). Hagopian und Kollegen (2001) wendeten für eine kontingente Verstärkung ein Token-Prinzip an: der Patient erhielt in fest definierten Zeitabständen (anfänglich alle 10 Sekunden, später alle 20 Sekunden) ein Token und wurde zusätzlich verbal gelobt. Die erhaltenen Tokens konnten nach Ende der Sitzung für Belohnungen wie Süßigkeiten, Fernsehen oder Spielzeuge eingetauscht werden. Ein weiteres Token-Prinzip, bei dem die erhaltenen Tokens in Geld umgetauscht werden konnten, wird von Cromartie Flood und Luiselli (2014) berichtet. Der monetäre Wert der Tokens wurde dabei aufgrund des Auftretens von enormem Widerstand der Patientin bei den späteren Konfrontationsstufen im Verlauf der Behandlung deutlich angehoben. Durch diese zusätzliche Verstärkung konnte die Motivation der Patientin so weit erhöht werden, dass diese auch die letzten Konfrontationsschritte bis hin zur Blutabnahme erfolgreich bewältigen konnte. Sappok und Kollegen (2010) beschreiben darüber hinaus eine vorab festgelegte Belohnung nach jeder Konfrontationsstunde durch einen gemeinsamen Aufenthalt in einem Entspannungsraum. Dies führte sowohl zur Erhöhung der Motivation des Patienten als auch zu einer Festigung der durch die Konfrontationsstunde strapazierten Beziehung zur behandelnden Therapeutin.

Von vielen Autoren wird zusätzlich die Bedeutsamkeit des Nicht-Verstärkens von nicht erwünschten Verhaltensweisen betont. Es wird empfohlen, auf nicht erwünschtes Verhalten während der Konfrontation mit einem Entzug von Aufmerksamkeit zu reagieren (Cavalari et al., 2013; Conyers et al., 2004; Hagopian et al., 2001; Slifer et al., 2011). Des Weiteren wird als bedeutend erwähnt, die Expositionsübung bei Anzeichen von Vermeidung nicht sofort zu beenden, damit das Vermeidungsverhalten durch den daraus resultierenden Angstabfall nicht negativ verstärkt wird. Es sollte statt dessen immer versucht werden, die behandelte Person dazu zu bewegen, die Angstsituation möglichst lange auszuhalten und die Angstsinhalte nicht zu vermeiden (Hagopian & Jennett, 2008). Bei der Behandlung eines autistischen Patienten mit intellektueller Beeinträchtigung und einer Spritzen-Phobie beschreiben Wolff und Symons (2013) in diesem Sinne, dass die behandelnde Person mit einer Spritze in der Hand bis zum Ablauf der vorab festgelegten Dauer einer Konfrontationsstufe im Raum blieb, auch wenn der Patient zuvor vermeidende Verhaltensweisen gezeigt hatte. Auch bei Cavalari und Kollegen (2013) musste die Patientin bei Auftreten von unerwünschten Verhaltensweisen so lange im Arztzimmer bleiben, bis sie sich von selbst wieder beruhigt hatte. Äußerte die Patientin allerdings auf eine sozial verträgliche Art den Wunsch, die Arztsituation zu verlassen, wurde ihr dies gewährt, um das angemessene Kommunikationsverhalten zu fördern.

Ermittlung potentieller Verstärker: Um individuell angepasste Verstärkungsstrategien bei intellektuell beeinträchtigten Menschen gezielt einsetzen zu können, müssen als angenehm erlebte Stimuli zunächst ermittelt werden. In den Reviews von Jennet und Hagopian (2008) und Kupzyk & Allen (2019) wird darauf hingewiesen, dass dies nicht immer über ein direktes Befragen möglich ist. Gegebenenfalls kann deshalb ein systematisches Assessment von potentiellen Verstärkern erforderlich sein. Hierzu gibt es einige etablierte Verfahren, welche in einer Übersichtsarbeit von Hagopian und Kollegen (2004) beschrieben werden. Generell lassen sich indirekte und direkte Assessment-Strategien differenzieren. Diese unterscheiden sich darin, ob die Reaktionen auf die dargebotenen Stimuli direkt beobachtet werden. Indirekte Maße zielen auf die Einschätzung von außenstehenden Personen ab. Hierfür gibt es einige strukturierte und unstrukturierte Interviews oder Checklisten. Matson und Kollegen (1999) entwickelten eine standardisierte Checkliste mit 49 potentiellen Verstärkern für Menschen mit schwerer intellektueller Beeinträchtigung. Das von Fisher und Kollegen (1996) konzipierte *Reinforcer Assessment for Individuals With Severe Disabilities* ermöglicht die Erfassung potentiell verstärkender Stimuli durch ein strukturiertes Interview mit nahestehenden Personen. Direkte Verfahren beinhalten eine systematische Konfrontation der zu behandelnden Person mit verschiedenen Stimuli, während welcher die Reaktionen beobachtet werden. Stimuli können dabei einzeln, in

Paaren oder in aus multiplen Stimuli bestehenden Gruppen präsentiert werden. Als Indikator für einen als angenommen erlebten Stimulus kann die Häufigkeit des Auswählens des Stimulus bei Darbietung in verschiedenen Paar- oder Gruppenkombinationen oder die Dauer der Auseinandersetzung mit dem Stimulus herangezogen werden. Insgesamt scheint es auf Basis des Reviews von Hagopian und Kollegen (2004) insbesondere bei schweren intellektuellen Beeinträchtigungen erforderlich zu sein, auf ein systematisches Vorgehen bei der Ermittlung von potentiellen Verstärkern zurückzugreifen. In den analysierten Fallberichten wird zwar darauf hingewiesen, dass die eingesetzten Verstärker vor der Exposition systematisch ermittelt wurden, das dabei angewandte Vorgehen wird allerdings nicht detailliert beschrieben.

Einsatz von Prompting-Strategien und Hilfestellungen: Über den Einsatz von Verstärkern hinaus kann die Exposition durch weitere behaviorale Komponenten angereichert werden. Deren Einsatz sollte sich an den Bedürfnissen der zu behandelnden Person orientieren (Jennett & Hagopian, 2008). Als hilfreich hat sich in vielen Untersuchungen der Einsatz verbaler oder physischer Prompts erwiesen. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn eine so intensive Angst gezeigt wird, dass keine selbstständigen Annäherungsversuche unternommen werden. Beim Einsatz von Prompts wird ein hierarchisches Vorgehen empfohlen, welches sich nach dem Verhalten der zu behandelnden Person ausrichtet. So kann es sinnvoll sein, zunächst das Zielverhalten zu modellieren, erst dann einen konkreten verbalen Prompt zu geben, gegebenenfalls zusätzlich physische Prompts einzusetzen und als letzte Möglichkeit das erwünschte Verhalten direkt anzuleiten (Hagopian & Jennett, 2008).

Sappok und Kollegen (2010) unterstützen ihren Patienten auf physischer Ebene, in dem sie ihn bei der Konfrontation mit einem Hund unterhaken oder ihm dabei helfen, die Hände zu falten. Zusätzlich wurde ein verbaler Prompt für den Einsatz einer vorab eingeübten Bewältigungsstrategie anhand von Zähl- und Atemübungen eingesetzt. In der Untersuchung von Ehrenreich-May und Remmes (2013) wurden einer Patientin mit Hunde-Phobie Prompts dafür gegeben, vorab festgelegte Fragen an den Hundebesitzer zu stellen (ist dein Hund lieb? Wäre es sicher für mich, ihn zu streicheln?). Wolff und Symons (2013) berichten neben verbale Prompts den Einsatz eines Sicherheitssignals, welches nach mehrmaligen erfolglosen Versuchen der Bewältigung einer Konfrontationsstufe für einige Sitzungen in die Behandlung integriert wurde. Dieses bestand aus einem für den Patienten sichtbaren Timers, wodurch dieser wusste, wie lange er die Konfrontation noch aushalten musste und gleichzeitig auch daran erinnert wurde, dass die aversiven Erlebnisse zeitlich begrenzt sind. Durch das Sicherheitssignal konnte die Compliance des Patienten deutlich erhöht werden, was eine Bewältigung der weiteren Konfrontationsstufen ermöglichte. Cavalari und Kollegen (2013) berichten ebenfalls vor

dem Hintergrund der zeitlichen Begrenztheit der Konfrontationsstufen ein gemeinsam mit der Patientin durchgeführtes Herabzählen der zuvor festgelegten Sekundenanzahl.

Modelllernen: Eng mit dem Einsatz von Prompting-Strategien verknüpft ist das Lernen am Modell. Für viele intellektuell beeinträchtigte Personen erweist es sich als hilfreich, den angemessenen Umgang einer anderen Person mit dem angstbesetzten Stimuli beobachten zu können (Jennett & Hagopian, 2008). Dies kann Live oder anhand von Videomaterialien erfolgen. In der Untersuchung von Conyers (2004) wurde mehreren schwer intellektuell beeinträchtigten Personen anhand eines 15-minütiges Video einer ihnen bekannten Person mehrmals gezeigt, wie diese sich in erwünschter Form bei einem Zahnarztbesuch verhält und dafür viel Lob bekommt. Sappok und Kollegen (2010) sowie Burton und Kollegen (2017) modellierten das Zielverhalten bei Kontakt mit einem Hund gezielt durch das Verhalten der Therapierenden und Hundeführenden. Auch bei Cavalari und Kollegen (2013) wurde das erwünschte Zielverhalten bei Arztbesuchen bei jeder Konfrontationsstufe für die Patientin durch die anwesenden Personen modelliert. Eine Modellierung wird in der Literatur insbesondere zu Beginn der Behandlung als bedeutsam beschrieben, um der zu behandelnden Person eine Orientierung für das Zielverhalten zu geben und ihr Eindrücke darüber zu ermöglichen, dass die Situation ohne Gefahr bewältigt werden kann (Burton et al., 2017; Jennett & Hagopian, 2008; Sappok et al., 2010).

Verhinderung von Fluchtreaktionen: Bei sehr stark ausgeprägten Angstreaktionen muss eine Fluchtreaktion unter Umständen aktiv verhindert werden, damit eine kontrollierte Auseinandersetzung mit dem Angstreiz und das damit einhergehende Extinktionslernen möglich ist (Jennett & Hagopian, 2008; Kupzyk & Allen, 2019). Dies kann im Einzelfall induziert sein, wird in der Literatur insgesamt aber nur selten beschrieben. In der Untersuchung von Hagopian und Kollegen (2001) war es aufgrund der enormen Panik- und Fluchtreaktionen des Patienten schon bei minimalem Kontakt mit medizinischen Reizen erforderlich, diesen temporär mit einem Tragetuch zu fixieren. Hieran wurde der Patient in einem ersten Schritt zunächst schrittweise gewöhnt, so dass er sich am Ende freiwillig fixieren ließ. Dadurch war es in einem zweiten Schritt möglich, den fixierten Patienten sukzessive mit den angstbesetzten Reizen zu konfrontieren, ohne dass es zu einer Vermeidung kam. Da das Ziel der Exposition ein freiwilliges Aushalten einer Blutabnahme war, wurden die Fixierungsmaßnahmen bei den letzten Sitzungen wieder entfernt. Am Ende der Exposition konnte dem Patienten ohne Fixierung und ohne das Auftreten von Panikreaktionen Blut abgenommen werden. Auch bei der Konfrontationsbehandlung von acht intellektuell beeinträchtigten Personen mit Spritzen-Phobie von Slifer und Kollegen (2011) war in manchen Fällen ein physisches Blockieren von Fluchtreaktionen

erforderlich, nachdem zuvor eingesetzte verbale Prompts nicht zu einer Aufrechterhaltung des Annäherungsverhalten führten. Beachtet werden muss, dass durch eine Verhinderung von Fluchtmöglichkeiten unter Umständen auch extreme Fluchtversuche provoziert werden können, in deren Rahmen eskalierende Verhaltensweisen auftreten können. Insgesamt scheint es sinnvoll, zunächst auf eine Verstärkung kooperativer Verhaltensweisen zu fokussieren, bevor fluchtverhindernde Maßnahmen in die Exposition integriert werden (Kupzyk & Allen, 2019).

Einsatz von Distraktoren: Als letzte optionale Behandlungskomponente führen Jennett und Hagopian (2008) den Einsatz von Distraktoren an. Damit ist gemeint, der zu behandelnden Person einen nicht-kontingenten Zugang zu ablenkenden und ermutigenden Stimuli während der Konfrontationssitzungen zu ermöglichen. Dies kann beispielsweise durch Musik, Lieblingsspielzeuge oder sonstige beruhigende Gegenstände erfolgen. Das Rational dahinter ist, dass durch den nicht-kontingenten Zugang zu Verstärkern eine Annäherung an die Angstreize zusätzlich erleichtert werden kann. So erlaubten es Hagopian und Kollegen (2001) ihrem Patienten, während der Konfrontationssitzungen ablenkende Videos zu schauen. In der Behandlung von Slifer und Kollegen (2011) hatten die Patienten während der Spritzen-Konfrontation Zugang zu Filmen oder Spielzeugen, um eine entspannte und positive Atmosphäre zu etablieren. In der Literatur gibt es zum Einsatz von Distraktoren insgesamt nur wenig Forschung. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass der nicht-kontingente Zugang zu ablenkenden Stimuli die Effekte der kontingenten Verstärkung einer Annäherung auch abschwächen kann (Hagopian & Jennett, 2008).

Einsatz von Coping-Strategien und Entspannungsübungen: Eine nicht im Review von Jennet und Hagopian (2008) aufgegriffene Behandlungskomponente wird in der Untersuchung von Sappok und Kollegen (2010) als zentral beschrieben. Hier wurde mit dem leicht intellektuell beeinträchtigten Patienten vor der Exposition eine konkrete Handlungsstrategie zur Angstbewältigung erarbeitet und gezielt eingeübt. Diese beinhaltete das Zusammenfallen der Hände bei gleichzeitigem Zählen bis 20 und tiefen Durchatmen. Der Patient sollte dadurch lernen, seine Körperspannung und Atmung bewusst wahrzunehmen und die durch die Angstreaktion erlebte Anspannung reduzieren zu können. Dieses Vorgehen war erforderlich, da der Patient ein so stark dysfunktionales Verhalten beim Anblick von Hunden zeigte, dass er sowohl sich selbst als auch andere Personen regelmäßig dadurch gefährdete. Dementsprechend war es nach Angaben von Sappok und Kollegen (2010) von entscheidender Bedeutung, zunächst ein alternatives angemessenes Verhalten zu erlernen. Die Autorinnen berichten, dass es dem Patienten mit dieser Bewältigungsstrategie möglich war, das extrem hohe Erregungsniveau während der Konfrontationssitzungen zu senken und ein Gefühl von Selbstkontrolle und -effizienz zu

erleben. Dem Gegenüber weisen Cowdrey & Walz (2015) darauf hin, dass ein direkter Einsatz von Entspannungstechniken während der Konfrontation auch eine Vermeidungsstrategie darstellen und eine Bewältigung der Angst unter Umständen erschweren kann. Cowdrey und Walz (2015) ergänzten die Konfrontationsbehandlung einer leicht intellektuell beeinträchtigten Patientin vor diesem Hintergrund zwar mit einer achtsamkeitsbasierten Atem-Meditation, welche die Patientin allerdings nur zwischen den Konfrontationssitzungen beim Erleben von Angstgedanken und nicht direkt während der Konfrontation anwenden sollte.

Einbezug von Bezugspersonen: Abschließend ist hervorzuheben, dass ein Einbezug der Bezugspersonen sowohl für die Planung und Umsetzung der Expositionsbehandlung als auch für eine Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge in der Literatur als hilfreich beschrieben wird (Cavalari et al., 2013; Cowdrey & Walz, 2015; Sappok et al., 2010; Slifer et al., 2011). Um die in der Therapie erarbeiteten Fortschritte auch in den Lebensalltag zu übertragen, sollte nach Möglichkeit sichergestellt werden, dass die Annäherung an die Angstinhalte auch vom Umfeld konsistent unterstützt und Vermeidungsverhalten nicht verstärkt wird (Burton et al., 2017; Cowdrey & Walz, 2015). Für eine Generalisierung der gelernten Inhalte wird außerdem der Einsatz von therapeutischen Hausaufgaben als sinnvoll angeführt, welche zwischen den Therapiesitzungen mit der Unterstützung der Bezugspersonen bearbeitet werden (Azam et al., 2012; Sappok et al., 2010).

Synthese und abgeleitete Arbeitsmaterialien: Eine anfängliche Herleitung des Rationals von Expositionsübungen wurde in keiner der analysierten Arbeiten explizit berichtet. In Manualen zur Behandlung von Angststörungen bei durchschnittlich intelligenten Menschen werden hierfür in der Regel Arbeitsblätter herangezogen, auf denen Angstverläufe in Angstkurven visualisiert werden können (Hagena & Gebauer, 2014; Röttgers & Wittbrock, 2019; Traub & In-Albon, 2017). Dies ermöglicht eine Visualisierung des individuellen Angstverlaufs in Abhängigkeit vom gezeigten Verhalten und die Darstellung der Notwendigkeit häufiger Wiederholungen für eine zunehmende Reduktion der Angstreaktionen. Es erscheint aufgrund des visuellen Charakters dieses Vorgehens plausibel, dass sich der Einsatz von Angstkurven auch bei der Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Personen für eine Erarbeitung des Rationals von Expositionsübungen eignet. Darüber hinaus kann in Erwägung gezogen werden, das aus der Besprechung des Rationals hervorgehende Ziel einer Konfrontation mit den Angstgehalten schriftlich festzuhalten, um die Verpflichtung und Motivation der zu behandelnden Person zu erhöhen (Röttgers & Wittbrock, 2019). Bei Kindern und Jugendlichen wird dies beispielsweise durch die Unterzeichnung eines gemeinsamen „Angst-Vertrags“ symbolisiert (Traub & In-Albon, 2017).

Für die im Rahmen der Vorbereitung zusätzlich erforderliche Entwicklung von Angsthierarchien und Verstärkerplänen wird in der Literatur ein auf die individuelle Person abgestimmtes Vorgehen berichtet. Bei zu behandelnden Personen mit ausreichender Kommunikations- und Reflektionsfähigkeit können subjektive verbale Berichte möglicherweise ausreichend für die Ermittlung der erforderlichen Informationen sein. Ist dies nicht der Fall, scheint es auf Basis der analysierten Arbeiten sinnvoll zu sein, Reaktionen auf potentiell konfrontative oder verstärkende Stimuli systematisch zu erfassen. Zusätzlich bietet es sich an, Bezugspersonen als Informationsquellen zu nutzen.

Aus Basis der Literatur lassen sich des Weiteren konkrete Handlungsempfehlungen für die Durchführung von Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Personen ableiten. Über alle analysierten Arbeiten hinweg wird ein graduelles Vorgehen in vivo mit einem Einsatz differentieller Verstärkungsstrategien als grundlegend angeführt. Die Notwendigkeit eines direktiven Vorgehens spiegelt sich im häufig berichteten Einbau von Hilfestellungen durch verbale oder physische Prompts, dem aktiven Modellieren des Zielverhaltens sowie dem in Einzelfällen erforderlichen Verhindern von Fluchtreaktionen wider. Ein Einbau von ablenkenden Reizen kann in Erwägung gezogen werden, wird allerdings nur in wenigen Arbeiten berichtet. Der Einsatz von Entspannungstechniken im Kontext von Expositionsübungen scheint anhand der analysierten Literatur vom Einzelfall abhängig zu sein. Dies deckt sich mit Empfehlungen für die Behandlung von Angststörungen bei durchschnittlich intelligenten Kindern und Jugendlichen, in denen darauf hingewiesen wird, dass Entspannungsverfahren innerhalb einer Expositionsbehandlung lediglich als optionale Zusatzkomponente zu verstehen sind (Traub & In-Albon, 2017). Für Expositionsübungen mit durchschnittlich intelligenten Kindern und Jugendlichen wird des Weiteren empfohlen, in regelmäßigen Abständen die Angstintensität, körperliche Empfindungen sowie auftretende Gedanken zu erfragen (Traub & In-Albon, 2017). Ein regelmäßiges Erfragen des aktuellen Angsterlebens wurde in der analysierten Literatur nur im Fallbericht von Cowdrey und Walz (2015) erwähnt. Generell konnten keine Hinweise auf eine kognitive Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken im Rahmen der Expositionsbehandlung identifiziert werden. Insgesamt scheint der Fokus bei der Exposition mit intellektuell beeinträchtigten Personen darauf zu liegen, diese über positive Verstärkung und gezielte Hilfestellungen so lange zu einem Verweilen in der Angstsituation zu animieren, bis die Erfahrung einsetzt, dass die Angst von alleine abnimmt und die anfängliche Befürchtung nicht eintritt.

Anhand der in der Literatur beschriebenen Besonderheiten von Expositionsübungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wurden folgende Arbeitsblätter für den Methodenkoffer erstellt:

1. Ein Informationsblatt für Therapierende für die Vorbereitung von Expositionsübungen
2. Ein Informationsblatt für Bezugspersonen über das Rational und den Ablauf von Expositionsübungen
3. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Visualisierung von Angstverläufen in einer Kurve
4. Ein Informationsblatt für Klient*innen über das Rational von Expositionsübungen
5. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen mit einem Angst-Thermometer, welches als visualisierende Unterstützung für die Erfassung des aktuellen Angstlevels verwendet werden kann
6. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen mit einer Ratingskala für die Bewertung der Angst-Intensität
7. Ein Fragebogen für Bezugspersonen zur Erfassung deren Einschätzung über eine sinnvolle Hierarchisierung verschiedener Angstinhalte im Rahmen der Exposition
8. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Identifizierung von potentiellen Verstärkern
9. Ein Fragebogen für Bezugspersonen über potentielle Verstärker
10. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Unterzeichnung eines Vertrags zur Durchführung von Expositionsübungen
11. Ein Informationsblatt für Klient*innen mit den wichtigsten Infos für das Verhalten während einer Expositionsübung
12. Ein Informationsblatt für Therapierende zur Durchführung von Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen
13. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen, mit welchen selbstständig durchgeführte Expositionsübungen außerhalb der Therapiesitzungen protokolliert werden können

3.3.3 Baustein 3: Achtsamkeits-, Sinnes und Körperwahrnehmungsübungen

Das Konzept der Achtsamkeit entstammt dem Buddhismus und lässt sich als eine bewussteinssklare innere Haltung beschreiben, bei welcher die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment ausgerichtet ist. Den dabei wahrgenommenen Empfindungen in Bezug auf Körper, Geist und Umgebung soll nicht wertend und nicht reaktiv begegnet werden. Achtsamkeitsbasierte Psychotherapieverfahren versuchen, durch eine Förderung dieser Gegenwärtigkeit die Selbstregulationskompetenzen zu verbessern. Es soll gelernt werden, den Fokus auf den gegenwärtigen Moment auszurichten und schwierige und eventuell nicht zu ändernde Symptome und Situationen zu akzeptieren, um darauf aufbauend einen alternativen Umgang mit diesen zu entwickeln (Chapman et al., 2013; Robertson, 2011; Singh et al., 2013). Inzwischen gibt es mehrere psychotherapeutische Behandlungsansätze, in denen Achtsamkeitsübungen einen

zentralen Bestandteil darstellen. Etabliert sind die *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 1980), die *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes et al., 1999), die *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) (Linehan, 1993) und die *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Segal et al., 2004). Während die MBSR bisher nicht gezielt für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung adaptiert wurde, liegen für die ACT, DBT und MBCT bereits Berichte über eine erfolgreiche Adaption vor (Robertson, 2011). Insgesamt weisen sowohl Forschungsergebnisse als auch praktische Erfahrungswerte darauf hin, dass intellektuell beeinträchtigte Menschen mit Ängsten, negativen Affektzuständen, Stress, Aggressionen und selbstverletzenden Verhaltensweisen von einer achtsamkeitsbasierten Psychotherapie profitieren können (Chapman et al., 2013; Hwang & Kearney, 2013).

Achtsamkeitsbasierte Elemente in den analysierten Arbeiten: Hwang und Kearney (2013) identifizierten in einem systematischen Review 12 Studien, in denen die Anwendung achtsamkeitsbasierter Methoden bei intellektuell beeinträchtigten Menschen beschrieben wird. Auch wenn Achtsamkeit in den Studien unterschiedlich konzipiert wurde, konnten die Autoren über alle Studien hinweg fünf übergreifende Elemente herausarbeiten, die mit variierenden Schwerpunkten und Kombinationen innerhalb der beschriebenen Therapien eingesetzt wurden: 1) Wahrnehmung des eigenen Atem, 2) Wahrnehmung von Körperempfindungen, 3) Wahrnehmung von Handlungen, 4) Wahrnehmung mentaler Vorgänge (Gedanken, Gefühle) und 5) Aufmerksamkeitsverlagerung. Die therapeutische Umsetzung dieser Komponenten erfolgte Hwang und Kearney (2013) zufolge in den meisten Studien anfangs durch ein individuelles Training, in welchem die behandelten Personen körperbezogene oder mentale Achtsamkeitsstrategien erlernten. Hierfür wurden direkte verbale Instruktionen, Modellierungen, Rollenspielen und Hausaufgaben eingesetzt. Abstrakte Konzepte wie beispielsweise die Aufgabe, die eigenen Gedanken zu beobachten, wurden durch Metaphern konkretisiert. Anschließend ging die individuelle Trainingsphase in den analysierten Studien zunehmend in eine Selbstübungsphase über, in welcher die Achtsamkeitsstrategien selbstständig und gegebenenfalls mithilfe von Audiomaterialien und der Unterstützung von Bezugspersonen Zuhause geübt werden sollten. Der zeitliche Umfang der beiden Phasen variierte dabei beträchtlich zwischen den Studien. Die Trainingsphasen bewegten sich in einem Zeitraum von einer Woche bis sechs Wochen, die Selbstübungsphasen in einem Zeitraum von 3 Monaten bis zu 2 Jahren. Insbesondere mit zunehmender Schwere der intellektuellen Beeinträchtigung sowie bei besonders schwerwiegenden Problemverhalten wurde ein großer Zeit- und Arbeitsaufwand berichtet.

Robertson (2011) benennt drei Komponenten achtsamkeitsbasierter Psychotherapie für intellektuell beeinträchtigte Menschen: 1) Selbstreflexion, d.h. die Entwicklung eines

Bewusstseins für eigene emotionale Zustände und körperliche Empfindungen; 2) Entspannung für Körper und Geist, d.h. gezielter Einsatz von Entspannungs- und Körperwahrnehmungsübungen durch Meditation, Atemübungen, Yoga, progressive Muskelentspannung oder Qi-Gong und 3) Selbstregulation, d.h. der Erwerb der Fähigkeit einer bewussten und frei gewählten Ausübung von Reaktionen. Innerhalb einer achtsamkeitsbasierten Therapie gilt es, die zu behandelnde Person in diesen Komponenten gezielt zu schulen. Dafür bietet es sich nach Robertson (2011) zunächst an, das notwendige Vokabular für die Identifikation und Bewertung emotionaler Zustände und körperlicher Empfindungen zu vermitteln. Hierfür können entsprechende Übungsmaterialien gegebenenfalls selbst entwickelt und angepasst werden. Für die Vermittlung von konkreten Achtsamkeitsstrategien sollten Modellierungen und Selbsterfahrungsübungen eingesetzt werden. Beispielsweise kann das Konzept der Achtsamkeit anhand verschiedener Atemübungen mit Windrädern oder Seifenblasen im Sinne einer Selbsterfahrung aktiv erlebbar gemacht werden. Zusätzlich bieten sich angeleitete Imaginations- oder künstlerische Aufgaben wie das Ausmalen von Mandalas für eine aktiv erlebbare Achtsamkeit an. Insgesamt führt Robertson (2011) ein individualisiertes und auf den persönlichen Stärken der zu behandelnden Person beruhendes Vorgehen als Grundlage einer effektiven achtsamkeitsbasierten Behandlung an. Auch kann in Erwägung gezogen werden, Bezugspersonen ebenfalls in der Anwendung von Achtsamkeitsstrategien zu schulen, um auch deren Stressmanagement zu verbessern. Dies kann die Etablierung eines unterstützenden Umfelds, in welchem ein angemessener Umgang mit Stress vorgelebt wird, erleichtern. Hierdurch kann wiederum die intellektuell beeinträchtigte Person selbst profitieren (Chapman et al., 2013; Robertson, 2011).

Singh (2013) gibt allgemeine Hinweise für das therapeutische Vorgehen bei der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Personen. Generell ist zu berücksichtigen, dass je nach kognitiven Kompetenzen ein unterschiedliches Ausmaß an Unterstützung notwendig ist. Auch achtsamkeitsbasierte Therapien müssen immer an die individuelle Person angepasst werden. Bei der Erlernung der Achtsamkeitsstrategien bietet es sich an, verschiedene Kontexte und auch das Umfeld miteinzubeziehen. Die Rolle des Umfelds besteht Singh (2013) zufolge darin, dabei zu helfen, die Achtsamkeitsstrategien korrekt und angemessen anzuwenden sowie eine Anwendung positiv zu verstärken. Beim Training der Achtsamkeitsstrategien innerhalb der Therapiesitzungen sollte zunächst eine psychoedukative Komponente eingebaut werden. Dabei gilt es, Situationen und deren Auslöser zu identifizieren, in denen die Anwendung der Achtsamkeitsstrategie eine angemessene Reaktion darstellen kann. Hierbei sollte interaktiv vorgegangen werden, beispielsweise durch den Einsatz von Rollenspielen und Modellierungen. Rollenspiele sind insbesondere dann hilfreich, wenn

Schwierigkeiten mit dem retrospektiven Berichten von emotional erregenden Situationen vorliegen. Durch Rollenspiele können vergangene Situationen, in denen es zu Problemverhalten kam, nochmals „reaktiviert“ und durchgespielt werden. Zusätzlich empfiehlt Singh (2013), das Auftreten von Emotionen im Alltag durch Selbstüberwachungsstrategien zu protokollieren. Hierfür sind schriftliche Dokumentationsbögen gut geeignet. Darauf aufbauend können Antezedenten von als schwierig erlebten Emotionen gemeinsam identifiziert werden, deren Wahrnehmung zukünftig als Hinweis für den Einsatz der Achtsamkeitsstrategie herangezogen werden kann. Langfristig sollte das Ziel sein, dass die zu behandelnde Person ihre emotionalen Erregungszustände selbstständig achtsam wahrnehmen und beim Verspüren einer aufkommenden Erregung unmittelbar mit der erlernten Achtsamkeitsstrategie reagieren kann. Damit dieses Ziel des Selbstmanagements erreicht werden kann, ist es wichtig, dass die Strategien konsistent und wiederholt auch außerhalb der therapeutischen Sitzungen geübt werden. Dementsprechend sollten Hausaufgaben verteilt und deren Umsetzung idealerweise durch das Umfeld unterstützt werden. Dabei bietet sich der Einsatz von Audio- oder Videomaterialien an, in denen die Durchführung der Strategie angeleitet wird. Abschließend weist Singh (2013) darauf hin, dass es für die therapeutische Arbeit mit achtsamkeitsbasierten Verfahren günstig sein kann, wenn die therapierende Person selbst über Erfahrung mit deren Anwendung verfügt. Um Achtsamkeit authentisch vermitteln und vorleben zu können, sollte ein persönlicher Zugang zu diesem Konzept vorhanden sein.

In vielen Einzelstudien zu achtsamkeitsbasierten Verfahren bei intellektuell beeinträchtigten Patienten wird die Anwendung der sogenannten *Fußsohlen-Meditation* beschrieben (Chapman et al., 2013). Bei dieser achtsamkeitsbasierten Selbstkontrollstrategie soll die Aufmerksamkeit von einem emotional erregenden Gedanken, Gefühl oder äußeren Ereignis gezielt auf ein emotional neutrales Körperteil, in diesem Falle die Fußsohlen, verlagert werden. Dies soll helfen, die aufkommende Erregung zu unterbrechen, die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper zu fokussieren, sich dadurch zu beruhigen und anschließend eine bewusste Entscheidung über den Umgang mit den Ursachen der Erregung treffen zu können. Durch wiederholte Übung soll dieses Vorgehen so weit automatisiert werden, dass es in verschiedenen Situationen für einen angemessenen Umgang mit aufkommender Erregung angewendet werden kann (Singh et al., 2013). Erstmals wurde die Fußsohlen-Meditation im Kontext intellektueller Beeinträchtigung von Singh und Kollegen (2003) für die Behandlung eines leicht intellektuell beeinträchtigten Patienten mit unkontrolliert aggressiven Verhaltensweisen beschrieben. Zu Beginn der Behandlung wurden Auslöser des aggressiven Verhaltens identifiziert. Aufgrund der Schwierigkeiten des Patienten, diese retrospektiv selbst zu berichten, wurden dafür verschiedene Rollenspiele

durchgeführt. Dabei wurden beispielsweise Situationen durchgespielt, in denen der Patient von einer anderen Person beleidigt oder bedroht wurde. Anschließend wurde der Patient in die Fußsohlen-Meditation eingeführt. Dies erfolgte auf Anleitung anhand der folgenden Schritte: 1) Einnahme einer natürlichen Haltung mit den Fußsohlen fest auf dem Boden, 2) natürliches Ein- und Ausatmen, 3) Erinnerung an ein wutbesetztes Ereignis und Zulassen des Gefühls von Wut, 4) Verlagerung der Aufmerksamkeit auf die Fußsohlen und langsames Atmen, bis die Wut nachlässt, 5) Auswahl einer angemessenen Reaktion ohne Aggression. Durch wiederholte Übung konnte dieses Vorgehen beim Auftreten von Wut so automatisiert werden, dass der Patient nach 12 Monaten kein offen aggressives Verhalten mehr zeigte. Auch in weiteren Studien mit leicht bis mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Personen konnte aggressives Verhalten durch ein Erlernen der Fußsohlen-Meditation bedeutsam reduziert werden (Singh et al., 2007, 2008b). Eine erfolgreiche Anwendung der Fußsohlen-Meditation bei intellektuell beeinträchtigten Personen wird auch im Kontext von unangemessener sexueller Erregung (Singh et al., 2011a), Nikotinabhängigkeit (Singh et al., 2011b) und Übergewicht (Singh et al., 2008a) berichtet.

Neben der körperbezogenen Fußsohlen-Meditation wird in der Literatur die Anwendung von mentalen Achtsamkeitsstrategien anhand von Metaphern beschrieben. Beim *Achtsamen Beobachten von Gedanken* werden behandelte Personen instruiert, sich auf ihren Atem zu konzentrieren und aufkommende Gedanken ruhig zu beobachten (Singh et al., 2008a, 2011a). Als Hilfestellung soll eine „Gedankenwolke“ mental visualisiert werden, die langsam durch das Bewusstsein zieht und auf welcher Gedanken abgelegt werden können, um sie dann weiterziehen zu lassen. Anhand dieser Metapher soll versucht werden, die Gedanken einfach kommen und gehen zu lassen, ohne sich mit ihnen zu identifizieren oder auf sie zu reagieren (Chapman et al., 2013; Singh et al., 2013). Brown & Hooper (2009) beschreiben die Anwendung einer ähnlichen auf Metaphern beruhenden mentalen Achtsamkeitsstrategie bei einer mittelgradig bis schwer intellektuell beeinträchtigten Patientin mit Angst- und Zwangsgedanken. Für einen bewussten Umgang mit den Gedanken wurde die Patientin mit der in der ACT häufig angewandten Metapher eines „Gedankenflusses“ vertraut gemacht. Bei dieser soll das Kommen und Gehen der Gedanken anhand der Vorstellung von auf einem vorbeifließenden Fluss schwimmenden Blättern mental visualisiert werden. Mithilfe dieser Metapher war es der Patientin möglich, auftretende Gedanken mental auf den Blättern abzulegen und sie dadurch weiterziehen zu lassen, ohne sich mit ihnen zu identifizieren. Um das Verständnis für die Metapher zusätzlich zu festigen, wurde der Gedankenfluss mithilfe von Objekten und selbst gemalten Bildern aktiv im Raum konstruiert.

Idusohan-Moizer und Kollegen (2013) beschreiben die Umsetzung eines MBCT-Gruppenprogramms zur Reduktion von Angst- und Depressionssymptomen bei leicht bis mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Personen. Nach einer anfänglichen Psychoedukation mit Fokus auf verschiedene emotionale Zustände und einen angemessenen Umgang mit diesen wurden zwei Meditationsübungen eingeführt: Die bereits beschriebene Fußsohlen-Meditation (Singh et al., 2003) sowie eine von Segal und Kollegen (2004) adaptierte Atemmeditation. Darüber hinaus kamen vereinzelt Yoga-Dehnübungen zum Einsatz. Die Beschränkung auf diese drei aktiven Übungen wird durch die Notwendigkeit häufiger Wiederholungen für eine Wissensvermittlung bei intellektuell beeinträchtigten Menschen begründet. Werden zu viele verschiedene Übungen in die Sitzungen eingebaut, kann dies Überforderung oder Verwirrung auslösen. Daher empfehlen Idusohan-Moizer und Kollegen (2013), auf einige wenige Achtsamkeitsübungen zu fokussieren. Neben den körperbezogenen Übungen wurden zusätzlich Tagebücher über angenehme und unangenehme Emotionen, positive Selbstinstruktionen und Mandalas eingeführt. Bezugspersonen wurden aktiv in die Sitzungen einbezogen. Abschließend weisen Idusohan-Moizer und Kollegen (2013) darauf hin, dass die Durchführung der Übungen mit den mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Teilnehmenden oft nur schwer möglich war.

Beauchemin und Kollegen (2008) führten ein weiteres achtsamkeitsbasiertes Gruppenprogramm zur Reduktion von Angst und Förderung sozialer Kompetenzen und schulischer Leistungen mit 34 Adoleszenten mit Lernbehinderung durch. Dabei wurden die Gruppenteilnehmenden in der sogenannten *Achtsamkeits-Meditation* geschult. Bei dieser soll in einer sitzenden Position auf den Atem fokussiert werden, um dadurch die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment ausrichten zu können. Gedanken, Gefühle und Empfindungen sollen nicht bewertet, sondern einfach nur erlebt, anerkannt und losgelassen werden. Durch die regelmäßige Durchführung der Meditation sollen mentale Zustände bewusst wahrgenommen werden, um darauf aufbauend Angstsymptome langfristig reduzieren zu können. Für die Vermittlung der *Achtsamkeits-Meditation* wurden direkte Instruktionen, Modellierungen und wiederholte Übungsphasen eingesetzt. Zu Beginn wurde das Ziel der Meditation, Gedanken und Gefühle wertungsfrei zu beobachten, transparent gemacht. Bei der Meditation selbst durften die Teilnehmenden frei entscheiden, ob sie ihre Augen schließen oder offenhalten möchten. Die Instruktion erfolgte anhand der Aufforderung, die Aufmerksamkeit auf das Ein- und Ausströmen des eigenen Atems auszurichten. Nachdem sich hierdurch ein entspannter und ruhiger Zustand eingestellt hatte, wurden die Teilnehmenden ermutigt, ihre Gedanken und Gefühle wertungsfrei zu beobachten. Anhand von Selbstberichtsmaßen führte das Erlernen der *Achtsamkeits-*

Meditation zu einer signifikanten Angstreduktion und Verbesserung der sozialen Kompetenz und schulischen Leistung.

Als achtsamkeitsbasiertes Manual liegt für den deutschsprachigen Raum ein für intellektuell beeinträchtigte Personen adaptiertes DBT-Gruppenprogramm für die Behandlung Emotionaler Instabilität vor (Elstner et al., 2012). Dieses enthält Module zur Stresstoleranz, inneren Achtsamkeit, Emotionsregulation und interpersonellen Kompetenz. Zentral ist die Förderung der Wahrnehmung, der Verbalisierung und des Verständnisses für die eigenen emotionale Zustände und darauf aufbauend die Entwicklung von Fertigkeiten zum angemessenen Umgang mit emotionaler Anspannung. Dafür werden unter anderem Spannungs- und Gefühlsprotokolle, Skills-Listen, Stimmungsbarometer und Rollenspiele eingeführt. Die beschriebenen Achtsamkeitsübungen fokussieren auf Sinneswahrnehmungen. Im Rahmen einer *Fünf-Sinnes Gruppe* soll ein sehr erlebnisorientierter und praktischer Einstieg in die Materie der Achtsamkeit ermöglicht werden. Hierfür wird für jede Sinnesmodalität eine therapeutische Sitzung mit entsprechenden Wahrnehmungsübungen vorgeschlagen. Tastübungen erfolgen beispielsweise anhand von Objekten unterschiedlicher Temperatur Form und Oberflächenbeschaffenheit, Hörübungen anhand einfacher Instrumente und Audioaufnahmen, Geruchs- und Geschmacksübungen anhand verschiedener Gewürze, Obstsorten und Süßigkeiten sowie Sehübungen mithilfe von Mandalas und der visuellen Beschreibung von Postkarten. Für alle Sinnesmodalitäten gilt es, die Selbstwahrnehmung durch ein bewusstes und intensives Erleben der Sinneseindrücke zu fördern. Zur Einführung jeder Sitzung werden Atemübungen empfohlen, bei denen die Teilnehmenden mit den Händen auf dem Bauch die Körperbewegung des Ein- und Ausatmens nachspüren und ihre Aufmerksamkeit dabei auf die in der jeweiligen Sitzung fokussierte Sinnesmodalität richten sollen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Anreicherung der Übungen durch eigene Ideen und kreative Ergänzungen empfehlenswert ist.

Synthese und abgeleitete Arbeitsmaterialien: Der aktivitätsfördernde und mehr auf Selbsterfahrung als auf therapeutischen Gesprächen beruhende Charakter von achtsamkeitsbasierter Psychotherapie scheint sich auf Basis der analysierten Literatur gut für eine Adaption an das Klientel intellektuell beeinträchtigter Menschen zu eignen. Eine Verbesserung des Selbstmanagements anhand von Achtsamkeitsstrategien kann somit als eine Alternative und Ergänzung zu den typischen verhaltensbezogenen Interventionen bei intellektuell beeinträchtigten Menschen angesehen werden (Hwang & Kearney, 2013; Robertson, 2011). Allerdings müssen auf Basis der Literatur einige notwendige Adaptionen berücksichtigt werden. Zunächst ist davon auszugehen, dass das Erlernen von Achtsamkeitsstrategien für intellektuell beeinträchtigte Personen unter Umständen viel Zeit in Anspruch nehmen kann, insbesondere mit zunehmendem

Ausprägungsgrad der Beeinträchtigung. Die gesichtete Literatur weist dennoch darauf hin, dass ein Erlernen von Achtsamkeitsstrategien für leicht bis mittelgradig intellektuell beeinträchtigte Personen bei einer angepassten Vermittlung der Inhalte durchaus möglich ist. Generell und vor allem zu Beginn des Lernprozesses wird dafür eine aktive und modellierende Therapierendenrolle beschreiben. Über mehrere Sitzungen hinweg sollte die Anwendung von Achtsamkeitsstrategien durch ein gemeinsames Training erlebbar gemacht werden. Hierfür werden beispielsweise Atemübungen oder das achtsame Ausmalen von Mandalas angeführt. Ein erlebnisorientierter und vereinfachter Einstieg in die komplexe Materie der Achtsamkeit kann auch anhand von Wahrnehmungsübungen in Bezug auf verschiedene Sinnesmodalitäten erfolgen (Elstner et al., 2012). Des Weiteren kann der Durchführung von Rollenspielen eine entscheidende Bedeutung für die Gestaltung achtsamkeitsbasierter Therapiesitzungen zugeschrieben werden (Robertson, 2011; Singh et al., 2013). Für ein Erlernen des angemessenen Einsatzes von Achtsamkeitsstrategien ist es zentral, sich in einen emotional erregenden Zustand hineinversetzen zu können. Rollenspiele können dies durch die Rekonstruktion entsprechender Situationen ermöglichen. Dies ist umso mehr erforderlich, wenn Schwierigkeiten beim retrospektiven Berichten von emotional erregenden Situationen vorliegen. Zusätzlich sollte in einer anfänglichen Psychoedukation ein Vokabular für die Benennung und Identifikation emotionaler Zustände vermittelt und persönliche Auslöser emotionaler Erregung identifiziert werden (Singh et al., 2013). Hierfür eignet sich ein dokumentierendes Vorgehen mithilfe von Tagebüchern. Insgesamt deckt sich das im Rahmen von Achtsamkeitsübungen empfohlene psychoedukative Vorgehen mit der in Abschnitt 3.3.1 berichteten Literatur zur allgemeinen Psychoedukation. Im Laufe der Therapie sollte zunehmend dazu ermutigt werden, die Übungen selbstständig außerhalb der therapeutischen Sitzungen zu üben. Neben dem Verteilen von Hausaufgaben wird dafür ein Einbezug des Umfelds hervorgehoben (Robertson, 2011; Singh et al., 2013). Dieses kann die zu behandelnde Person durch Hinweise darin unterstützen, Situationen, in denen die Achtsamkeitsstrategie angewandt werden kann, zu identifizieren und deren Anwendung durch Lob und Ermutigung positiv verstärken.

Sowohl die von Hwang und Kollegen (2013) als auch von Robertson (2011) angeführten Komponenten von Achtsamkeit weisen auf eine Unterscheidung zwischen körperbezogener und mentaler Achtsamkeit hin. Für beide Arten von Achtsamkeit konnten in der Literaturanalyse Anhaltspunkte für eine erfolgreiche Adaption an das Klientel intellektuell beeinträchtigter Menschen identifiziert werden. Als körperbezogene Achtsamkeitsstrategie und insgesamt am häufigsten wird die Anwendung der Fußsohlen-Meditation berichtet. Deren kompetenzerweiterndes Potential scheint insbesondere für das Selbstmanagement aggressiver Verhaltensweisen

gegeben zu sein. Es ist durchaus naheliegend, dass die Fußsohlen-Mediation auch im Kontext von Angsterkrankungen hilfreich sein kann. Auch beim Erleben von Angst kommt es zu einem intensiven emotional erregenden Zustand, der sich bei intellektuell beeinträchtigten Personen mitunter auch in aggressiven Verhalten äußern kann (Barnhill et al., 2017; Royal College of Psychiatrists, 2001). Aufgrund dieser Parallelen erscheint die Fußsohlen-Meditation für den psychotherapeutischen Indikationsbereich von Angststörungen ebenfalls vielversprechend. Im Kontext mentaler Achtsamkeitsstrategien werden in der Literatur verschiedene Vorgehensweisen berichtet, mit deren Hilfe die behandelte Person ihre Gedanken aus einer beobachtenden Perspektive achtsam kommen und gehen lassen soll, ohne sich mit ihnen zu identifizieren. Die gezielte Durchführung einer Achtsamkeits-Meditation (Beauchemin et al., 2008) sowie die Einführung der Metapher einer Gedankenwolke (Singh et al., 2011a, 2008a) oder eines Gedankenflusses (Brown & Hooper, 2009) werden als geeignet berichtet. Die Arbeit mit Metaphern stellt einen zentralen therapeutischen Ansatzpunkt der ACT (Hayes et al., 1999) dar. Dementsprechend scheint sich ein Rückgriff auf ACT-Manuale als Orientierung für den therapeutischen Einsatz von Metaphern anzubieten. Um das Verständnis für Metaphern zu erleichtern, kann neben einer verbalen Vermittlung zusätzlich deren aktive Konstruktion im Raum anhand von Objekten oder Bildern in Erwägung gezogen werden (Brown & Hooper, 2009). Zu beachten ist in jedem Falle, nicht auf zu viele, sondern auf einige wenige Achtsamkeitsstrategien zu fokussieren und diese bis hin zum Erwerb einer kontextübergreifenden Expertise einzuüben (Idusohan-Moizer et al., 2015).

Die inhaltlichen Ergebnisse der Literaturrecherche werden für den dritten Baustein „Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen“ in den folgenden Arbeitsmaterialien umgesetzt:

1. Ein Informationsblatt für Therapierende zur Durchführung von achtsamkeitsbasierten Übungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen
2. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen zum Erkennen von Emotionen anhand von Gesichtsausdrücken
3. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen zur Benennung von wahrgenommenen Gefühlen und deren Verortung innerhalb des Körpers
4. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen zur Protokollierung von wahrgenommenen Gefühlen und deren Ursachen innerhalb des Alltags
5. Ein Informationsblatt für Therapierende mit Vorschlägen für verschiedene Wahrnehmungsübungen in Bezug auf die verschiedenen Sinnesmodalitäten

6. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen für die Besprechung der verschiedenen Sinnesmodalitäten und deren Wahrnehmungsinhalten
7. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen zur Durchführung von Atemübungen
8. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen zum achtsamen Ausmalen eines Mandalas
9. Ein Informationsblatt für Therapierende und Klient*innen für die Durchführung der Fußsohlen-Meditation
10. Ein Arbeitsblatt für Klient*innen zur Visualisierung des Kommens und Gehens von Gedanken in einem „Gedanken-Fluss“

3.4 Formale Gestaltung des Methodenkoffers

Die entwickelten Arbeitsmaterialien bieten eine Zusammenstellung möglicher hilfreicher Methoden für die Behandlung von Angststörungen bei leicht bis mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Personen. Der Methodenkoffer enthält drei Bausteine: (1) Psychoedukation, (2) Expositionsübungen, (3) Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen. Diese ergaben sich aus der Befragung einer Fachgruppe und der darauf aufbauenden Literaturrecherche. Jeder Baustein wird in einem eigenen Kapitel behandelt. Zu Beginn jedes Kapitels erfolgt eine allgemeine Einführung in den jeweiligen Baustein mit einer abschließenden Auflistung und kurzen Beschreibung der einzelnen Arbeitsmaterialien. Auf den Arbeitsmaterialien selbst ist die Zielperson anhand von Buchstaben gekennzeichnet. **T** steht für Therapeut*in, **K** für Klient*in und **B** für Bezugspersonen. Für Therapeut*innen wurden hauptsächlich Informationsblätter mit allgemeinen Hinweisen für die Durchführung des jeweiligen Bausteins entwickelt. Dabei werden Hinweise gegeben, wann und für welchen Zweck die einzelnen Arbeitsmaterialien an den Klienten und dessen Bezugspersonen ausgegeben werden können. Die Gestaltung der Arbeitsblätter für Klient*innen erfolgte in leichter Sprache und in einer großen Schrift. Hierfür wurde der Ratgeber für leichte Sprache des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Netzwerks leichte Sprache (2014) herangezogen. Piktogramme und andere Visualisierungen wurden über die online frei zugängliche Datenbank der *Arasaac*-Symbolsammlung (Government of Aragon, 2020) sowie die online frei zum Download verfügbare Software *PictoSelector* (www.pictoselector.eu) ausgewählt. Die Inhalte sind möglichst kurz, eindeutig und übersichtlich gehalten, der Platz für die Bearbeitung der Aufgaben ist großzügig. Lese- und Schreibfähigkeiten sind für die Bearbeitung vieler Arbeitsblätter von Vorteil, aber nicht immer zwingend erforderlich. Bei Verständnisschwierigkeiten sollten Klient*innen bei der Bearbeitung durch die therapierende Person oder Bezugspersonen unterstützt werden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass grundlegende kognitive Fähigkeiten für eine sinnvolle Bearbeitung der Arbeitsmaterialien vorliegen müssen. Für Bezugspersonen wurden einige Informationsblätter

und Fragebögen entwickelt, welche deren Einbezug in den therapeutischen Prozess erleichtern sollen. Dabei werden auch Hinweise gegeben, wie Bezugspersonen die therapeutischen Fortschritte im Alltag unterstützen können. Der Methodenkoffer wurde primär für die ambulante Psychotherapie entwickelt, wenngleich auch ein stationärer Einsatz denkbar ist. Er kann in einem Einzelsetting, gegebenenfalls aber auch in einem Gruppensetting angewandt werden.

Alle Arbeitsmaterialien wurden auf Basis der analysierten Literatur entwickelt und sind im Sinne des Anspruchs einer hohen Evidenzbasierung möglichst nahe an diese angelegt. Für manche Inhalte konnten bereits etablierte Therapiemanuale als Orientierung herangezogen werden, andere hingegen sind vom Autor dieser Arbeit frei entwickelt. Der Methodenkoffer mit allen Arbeitsmaterialien befindet sich in Anhang D.

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war die Konzeption eines Methodenkoffers für die Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung. Hilfreiche Methoden wurden durch die Delphi-Befragung einer Fachgruppe identifiziert. Darauf aufbauend wurden drei Therapiebausteine gebildet, welche in einer anschließenden Literaturrecherche in Hinblick auf notwendige Adaptionen empirisch fundiert wurden. In der letzten Arbeitsphase wurden die inhaltlichen Ergebnisse der Literaturrecherche in konkreten Arbeitsmaterialien umgesetzt. Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und in den theoretischen Hintergrund eingeordnet werden. Anschließend wird das methodische Vorgehen kritisch reflektiert. Zum Abschluss wird ein Ausblick auf die Weiterentwicklung des Methodenkoffers und zukünftige Herausforderungen bei der psychotherapeutischen Versorgung intellektuell beeinträchtigter Menschen gegeben.

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Konzeption des Methodenkoffers beruhte auf zwei Fragestellungen. Die Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt unter Rückbezug auf diese. Zusätzlich wird ein Überblick über die daraus abgeleiteten Arbeitsmaterialien gegeben.

(1) Welche Methoden sind für die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hilfreich?

Die erste Fragestellung wurde über die Befragung einer Fachgruppe beantwortet. Alle der befragten 16 Fachkundigen verfügten über eine verhaltenstherapeutische oder psychoanalytische Therapeutenausbildung und praktische Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung intellektuell beeinträchtigter Menschen. Die Fachgruppe wurden darauf hingewiesen, dass sich die vorgeschlagenen Methoden auf verschiedene Therapieschulen begründen können. In einer ersten Befragungsrunde erbrachte die Fachgruppe zahlreiche Vorschläge für potentiell

hilfreiche Methoden. Diese wurden in 20 Methodenkategorien zusammengefasst und in einer zweiten Befragungsrunde hinsichtlich ihrer Bedeutung erneut eingeschätzt. Darauf aufbauend wurde eine Rangreihe der hilfreichsten Methoden gebildet. Aus dieser konnten anhand der fünf hilfreichsten Methoden und eigenen praktischen Überlegungen drei Therapiebausteine abgeleitet werden: Psychoedukation, Expositionsübungen und Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen.

(2) Wie können diese Methoden an die Zielgruppe der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepasst werden?

Notwendige Adaptionen für die Anwendung der drei Bausteine bei der Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen wurden durch eine Literaturrecherche ermittelt. Um die Trefferzahl auf einen im zeitlichen Rahmen dieser Arbeit realisierbaren Umfang einzugrenzen, wurden Suchstrategien mit strengen Ein- und Ausschlusskriterien eingesetzt. Mit deren Hilfe konnten über alle Therapiebausteine hinweg insgesamt 246 Treffer generiert werden. Hiervon wurden 75 Arbeiten detailliert gesichtet und 26 in die Analyse aufgenommen. Zusätzlich wurden 14 in der analysierten Literatur identifizierte Querverweise berücksichtigt. Insgesamt wurden somit 40 Arbeiten analysiert und für die empirische Fundierung der Therapiebausteine herangezogen. Jeweils 13 Arbeiten bezogen sich auf den Baustein „Expositionsübungen“ sowie den Baustein „Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen“, 6 auf den Baustein „Psychoedukation“ und 8 auf die methodenübergreifende Behandlung von Angststörungen bei intellektueller Beeinträchtigung.

Für alle drei Bausteine zeigte sich auf Basis der analysierten Literatur, dass das generelle Vorgehen in vielen Fällen als weitgehend analog zur Psychotherapie bei durchschnittlich intelligenten Menschen beschrieben wird. Allerdings ließen sich über alle analysierten Arbeiten hinweg einige methodenübergreifende Adaptionen herausarbeiten, welche weitgehend den von Došen (2018) und Hurley und Kollegen (1998) beschriebenen Adaptionsprinzipien der Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen entsprechen. Als grundlegend kann in jedem Falle ein flexibles und an die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der individuellen Person angepasstes Vorgehen angeführt werden. Hierunter fallen die Anpassung des Sprachniveaus mit einer Verwendung leichter Sprache sowie eine Vereinfachung der Komplexität besprochener Inhalte. Für die Gestaltung der Therapiesitzungen wird häufig der Einsatz von Visualisierungen für eine Erleichterung des Verständnisses sowie die Notwendigkeit eines langsamen und stark direktiven Vorgehens mit einem hohen Ausmaß an Strukturierung berichtet. Der regelmäßige Einbau von inhaltlichen Wiederholungen und aktivitätsfördernden Elementen wie Rollenspielen oder expressiven Aufgaben stellt auf Basis der analysierten Literatur

ebenfalls ein grundlegendes Gestaltungsprinzip dar. Ein Einbezug von Bezugspersonen wird durchgehend als förderlich beschrieben. Bezugspersonen können dabei helfen, die Inhalte der Therapie auf den Alltag zu übertragen. Insgesamt scheint es auf Basis der analysierten Literatur möglich zu sein, viele Therapiekonzepte weitgehend für die Zielgruppe intellektuell beeinträchtigter Menschen zu adaptieren.

Die allgemeinen Adaptionprinzipien finden sich auch innerhalb der einzelnen Therapiebausteine wieder. Für die Durchführung der Psychoedukation wird in der Literatur im Besonderen eine Vereinfachung der Inhalte durch den Einsatz von leichter Sprache in Kombination mit verständnisfördernden Visualisierungen und konkreten Beispielen hervorgehoben. Um das Verständnis der Inhalte sicherzustellen, sollten diese regelmäßig wiederholt und mit aktivierenden Elementen angereichert werden. Insgesamt kann sich die Psychoedukation auf die gleichen Inhalte wie bei durchschnittlich intelligenten Menschen mit einem Fokus auf die Herausarbeitung des Zusammenhangs zwischen persönlichen Angstauslösern, -gedanken, -gefühlen und -verhaltensweisen beziehen.

Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Personen wurden in der analysierten Literatur ausschließlich in vivo und mit einem graduellen Vorgehen berichtet. Als grundlegend wird die Erarbeitung einer individuellen Angsthierarchie und die Entwicklung eines Verstärkerplans angeführt. Aufgrund der kommunikativen und introspektiven Defizite kann dies unter Umständen erschwert sein. In der Literatur wird daher ein Einbezug des Umfelds als weitere Informationsquelle empfohlen. Bei der Durchführung von Expositionsübungen wird ein stark modellierendes und direktives Vorgehen mit vielen Hilfestellungen berichtet. Durch den Rückgriff auf differentielle Verstärkungsstrategien soll die Annäherung an die Angst Inhalte erleichtert werden. In Einzelfällen wird außerdem der Einsatz von Distraktoren, das gezielte Verhindern von Fluchtreaktionen oder das vorherige Erlernen von Entspannungsstrategien beschrieben. Für die Herleitung des Rationals von Expositionsübungen konnten keine spezifischen Anhaltspunkte in der Literatur identifiziert werden. Aufgrund allgemeiner praktischer Empfehlungen ist es jedoch naheliegend, dass sich für die Vermittlung des Rationals ein visualisierendes Vorgehen mithilfe von Angstkurven anbietet.

Achtsamkeitsbasierte Übungen werden in der Literatur als erlebnisfokussierte Möglichkeit angeführt, um die Selbstwahrnehmung und darauf aufbauend das Selbstmanagement im Umgang mit emotionaler Erregung zu verbessern. Als zentral wird ein direktives und modellierendes therapeutisches Vorgehen beschrieben. Grundlegend ist darüber hinaus eine anfängliche psychoedukative Schulung im Bereich der Emotionserkennung. Durch diese soll die zu behandelnde Person für ihre eigenen emotionalen und körperlichen Empfindungen sensibilisiert

werden, um dadurch auf Basis ihrer eigenen Wahrnehmungen aufkommende emotionale Erregung frühzeitig erkennen und durch einen Einsatz von Achtsamkeitsstrategien regulieren zu können. Für die Einübung von Achtsamkeitsstrategien wird der Einsatz von Rollenspielen als hilfreich hervorgehoben.

(3) Überblick über die entwickelten Arbeitsmaterialien:

Die inhaltlichen Ergebnisse der Literaturrecherche lieferten die Grundlage für die Entwicklung des Methodenkoffers in der dritten Arbeitsphase. Es wurden für jeden Baustein konkrete Arbeitsmaterialien entwickelt, welche die Anpassung von Therapiesitzungen an die Bedürfnisse intellektuell beeinträchtigter Menschen erleichtern sollen. Die Materialien umfassen Arbeits- und Informationsblätter für Therapierende (T), Klient*innen (K) und Bezugspersonen (B). In Tabelle 5 sind die insgesamt 34 entwickelten Arbeitsmaterialien aufgelistet und den einzelnen Bausteinen zugeordnet. Die Anzahl an Arbeitsmaterialien verteilt sich weitgehend gleichmäßig über die drei Bausteine hinweg. Für Therapierende wurden hauptsächlich Informationsblätter erstellt, auf denen das praktische Vorgehen beim Einsatz der Arbeitsmaterialien für die Umsetzung des jeweiligen Bausteins beschrieben wird. Auch für Bezugspersonen wurden primär Informationsblätter, aber auch Fragebögen für eine Erfassung relevanter Informationen für die Therapieplanung, entwickelt. Für Klient*innen wurden vielfältige Informations- und Arbeitsblätter in leichter Sprache und mit Piktogrammen entwickelt. Manchen Arbeitsblättern sind Informationstexte für Therapeut*innen vorangestellt, in denen Möglichkeiten zum Einsatz des Arbeitsblatts innerhalb der Therapie beschrieben werden. Zusätzlich zu den Arbeitsmaterialien wurde für jeden Therapiebaustein eine Einleitung mit allgemeinen Informationen über die Umsetzung des Bausteins im Rahmen der Psychotherapie intellektuell beeinträchtigter Menschen verfasst.

Für den Baustein Psychoedukation wurden primär Arbeitsblätter entwickelt, mit denen die psychoedukativen Inhalte zu Angststörungen in einer vereinfachten Form erarbeitet werden können. Ein Fokus wurde auf die Übertragung der psychoedukativen Inhalte auf das Angsterleben der zu behandelnden Person gelegt. Anhand der Arbeitsblätter sollen zunächst individuelle Angstauslöser, -gefühle, -gedanken und -verhaltensweisen identifiziert werden, um diese anschließend in einen gemeinsamen Zusammenhang zu bringen. Die darauf aufbauende Erarbeitung eines persönlichen Angstkreislaufs aus Gedanken, Gefühlen und Verhalten bildet den Abschluss der Psychoedukation. Die Arbeitsblätter bauen inhaltlich aufeinander auf und sollten dementsprechend in der vorgegebenen Reihenfolge bearbeitet werden. Mit dem Vordruck eines „Angst-Tagebuchs“ wird die Möglichkeit für eine Schulung der Selbstwahrnehmung hinsichtlich des eigenen Angsterlebens gegeben.

Tabelle 5.

*Auflistung der entwickelten Arbeitsmaterialien für Therapierende (T), Klient*innen (K) und Bezugspersonen (B) sortiert nach den Bausteinen des Methodenkoffers.*

	T	K	B
<u>Psychoedukation</u>			
Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	X		
Informationen über Angststörungen für Angehörige		X	
Durchführung psychoedukativer Sitzungen mit intellektuell beeinträchtigten Personen	X		
Was ist Angst?		X	
Meine Angst-Auslöser		X	
Meine Angst-Gefühle		X	
Meine Angst-Gedanken		X	
Mein Angst-Verhalten		X	
Gedanken-Gefühle Verhalten		X	
Angst-Kreislauf	X	X	
Angst-Tagebuch		X	
<u>Expositionsübungen</u>			
Vorbereitung von Expositionsübungen	X		
Angstbewältigung in der Psychotherapie			X
Meine Angst-Kurve		X	
Wie Sie eine Angst-Störung bewältigen können		X	
Angstthermometer		X	
Skala für Angst-Intensität		X	
Fragebogen zu Angstinhalten			X
Belohnungen für das Mutig-Sein		X	
Fragebogen zu Vorlieben			X
Angst-Vertrag		X	
Aufgaben bei der Exposition		X	
Durchführung von Expositionsübungen	X		
Mein Übungs-Tagebuch		X	
<u>Achtsamkeits-/Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen</u>			
Durchführung von Achtsamkeitsübungen	X		
Gefühle im Gesicht		X	
Gefühle im Körper		X	
Gefühls-Tagebuch		X	
Übungen zur Sensibilisierung der Sinnesmodalitäten	X		
Meine Sinne		X	
Atem-Übung		X	
Mandala-Übung		X	
Fußsohlen-Meditation	X	X	
Der Gedanken-Fluss		X	

Die Inhalte für den Baustein Expositionsübungen beziehen sich zunächst auf die Herleitung des dabei zugrundeliegenden Rationals der Notwendigkeit einer Konfrontation mit den

Angstinhalten. Hierfür werden angepasste Informationsblätter zur Verfügung gestellt. Der zu behandelnden Person selbst und gegebenenfalls auch deren Bezugspersonen kann die Notwendigkeit einer Konfrontation mit den Angstinhalten zusätzlich anhand der Visualisierung von Angstverläufen in Angstkurven vermittelt werden. Die Herleitung des Therapierationalen kann durch die symbolische Unterzeichnung eines „Angst-Vertrags“ abgeschlossen werden. Mit diesem soll die Abmachung für die gemeinsame Durchführung von Expositionsübungen mit dem Ziel einer Konfrontation mit den Angstinhalten festgehalten und die Motivation der zu behandelnden Person dadurch erhöht werden. Die anschließende Erarbeitung einer individuellen Angsthierarchie und eines Verstärkerplans soll durch den Einbezug von Bezugspersonen als weitere Informationsquelle erleichtert werden. Für die Identifizierung potentieller Verstärker und die Entwicklung der Angsthierarchie wurden daher neben Arbeitsblättern für Klient*innen entsprechende Fragebögen für Bezugspersonen entwickelt, um auch deren Einschätzungen erfassen zu können. Für die praktische Durchführung der Expositionsübungen bei intellektuell beeinträchtigten Menschen wurde ein ausführliches Informationsblatt mit allgemeinen Hinweisen für Therapierende sowie ein Informationsblatt für Klient*innen in leichter Sprache erstellt. Zusätzlich beinhaltet der Methodenkoffer visualisierende Hilfsmaterialien wie das „Angst-Thermometer“, welche für eine vereinfachte Erfassung der individuell erlebten Angstintensität verwendet werden können. Auch wird ein Vordruck für die Dokumentation von außerhalb der Therapie durchgeführten Expositionsübungen gegeben.

Die für den Baustein Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen entwickelten Arbeitsmaterialien zielen primär auf eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung in Bezug auf emotionale und körperliche Empfindungen ab. Für die Vorbereitung der erfahrungsorientierten Übungen wurden psychoedukative Arbeitsmaterialien erstellt. Mit diesen können verschiedene emotionale Zustände identifiziert und mit körperlichen Empfindungen verknüpft werden. Mit einem „Gefühls-Tagebuch“ soll für Empfindungen und deren Ursachen im Alltag sensibilisiert werden. Zusätzlich wurde ein Informationsblatt für Therapierende mit Vorschlägen für innerhalb der therapeutischen Sitzungen anwendbaren erlebnisorientierten Wahrnehmungsübungen für verschiedene Sinnesmodalitäten verfasst. Als Achtsamkeitsübungen wurden Materialien für eine Atem-Übung, das achtsame Ausmalen eines Mandalas, die Fußsohlen Meditation und das achtsame Beobachten von Gedanken konzipiert.

4.2 Reflexion der Ergebnisse und Einordnung in den theoretischen Hintergrund

Die Entwicklung des Methodenkoffers erfolgte als Reaktion auf die defizitäre psychotherapeutische Versorgungssituation intellektuell beeinträchtigter Menschen und dem Bedarf an adaptierten Methoden (Došen, 2018; Hurley et al., 1998; LPK-BW, 2019; Seidel, 2014). Der

Fokus auf Angststörungen ergab sich aufgrund der hohen Prävalenzraten innerhalb der Zielgruppe (Cooper et al., 2007; Emerson, 2003; Maïano et al., 2018). Die entwickelten Materialien sollen eine Psychotherapie von Angststörungen ermöglichen, welche die speziellen Bedürfnisse intellektuell beeinträchtigter Menschen berücksichtigt.

Sowohl in der Fachgruppenbefragung als auch der Literaturrecherche bestätigte sich, dass für die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen bei intellektueller Beeinträchtigung prinzipiell die gleichen Methoden wie bei durchschnittlich intelligenten Menschen angewendet werden können. In diesem Sinne stellen die erarbeiteten Therapiebausteine (Psychoedukation, Expositionsübungen, Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen) weitgehend etablierte Behandlungskomponenten im Kontext von Angststörungen dar. Die zentrale Herausforderung für die Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Personen besteht darin, diese in einer angemessenen Form zu adaptieren (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Hurley et al., 1998; Stahl, 2003). Bei der Entwicklung der Arbeitsmaterialien auf Basis der analysierten Literatur zeigten sich hierfür vor allem die im theoretischen Hintergrund beschriebenen allgemeinen Besonderheiten zentral (siehe Abschnitt 1.4.3). Die Adaptionprinzipien von Hurley und Kollegen (1998) scheinen nichts an Aktualität eingebüßt zu haben und finden sich auch in aktuellen Forschungsarbeiten wieder.

Aufgrund der großen Heterogenität innerhalb der Personengruppe mit intellektueller Beeinträchtigung (Došen, 2018) ist trotz der Adaptionen nicht davon auszugehen, dass die vielfältigen Bedürfnisse einzelner Personen im Rahmen des Methodenkoffers vollumfänglich abgedeckt werden können. Es kann nicht angenommen werden, dass sich jeder Baustein und alle darin enthaltenen Arbeitsmaterialien für jegliche individuelle Symptomatik eignen. Es gilt somit, Therapiematerialien spezifisch und flexibel auszuwählen. Therapierende sollen daher frei entscheiden, welche der entwickelten Materialien für eine individuelle Therapiegestaltung geeignet sind. Gegebenenfalls können die Materialien auch selbstständig angepasst oder als Inspiration für die Entwicklung eigener Materialien herangezogen werden. Ein flexibles, kreatives und individualisiertes Vorgehen sollte bei der psychotherapeutischen Behandlung intellektuell beeinträchtigter Menschen immer im Vordergrund stehen (Bergmann, 2019; Došen, 2018; Hurley et al., 1998).

Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass sich die Symptomatik und Inhalte der verschiedenen Formen von Angststörungen sehr unterschiedlich präsentieren können (APA, 2013; Barnhill et al., 2017; Domschke & Hoyer, 2019). In den wenigen vorliegenden Studien zu Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wird oft auf behaviorale Komponenten und insbesondere einen Abbau von Vermeidungsverhalten fokussiert. Jenet und

Hagopian (2008) verwenden in ihrem Review in diesem Sinne den Begriff der *phobischen Vermeidung* für eine Auseinandersetzung mit Angststörungen bei intellektuell beeinträchtigten Personen. Hierfür ist vor allem der in der Fachgruppenbefragung am häufigsten genannte Baustein zu Expositionen zentral, für welchen bei der Literaturrecherche auch die meisten Arbeiten im direkten Kontext von Angststörungen identifiziert werden konnten. Dies ist naheliegend, da die Durchführung von Expositionen bei der allgemeinen Behandlung von Angststörungen als ein entscheidender Wirkfaktor angeführt wird (Chambless et al., 1998; T. E. Davis & Ollendick, 2005). Die entwickelten Arbeitsmaterialien für den Baustein Expositionen zielen primär auf eine in vivo Konfrontation mit konkreten Angstgehalten ab, was insbesondere für die Behandlung der bei intellektueller Beeinträchtigung häufig auftretenden spezifischen Phobien (Dekker & Koot, 2003; Maïano et al., 2018) geeignet ist. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass der Methodenkoffer aufgrund seines Schwerpunktes auf Expositionen unter Umständen für diesen Bereich der Angststörungen am besten geeignet ist. Beziehen sich die Angsthalte der zu behandelnden Person auf weniger konkrete Inhalte wie beispielsweise bei einer generalisierten Angststörung, Panikstörung oder Agoraphobie, sind unter Umständen weitere Anpassungen und eine andere Schwerpunktsetzung notwendig. Die entwickelten Materialien zu Psychoedukation und Achtsamkeitsübungen können sich nach Einschätzung des Autors aufgrund ihres übergreifenden Charakters auch für diese Formen von Angststörungen als geeignet erweisen.

Achtsamkeitsbasierte Verfahren scheinen sich in den letzten Jahren als eine gut adaptierbare Therapieform für intellektuell beeinträchtigte Personen zu etablieren. Diese basieren weniger auf einem verbalen Austausch, sondern primär auf erlebnisorientierten und aktiven Übungen (Hwang & Kearney, 2013; Robertson, 2011; Singh et al., 2013). Ein weiterer Unterschied zu behavioral fokussierten Interventionen besteht darin, dass das Erlernen von Achtsamkeitsstrategien im Sinne eines Selbstmanagements eine Emanzipation von außenstehenden Personen befördert. Achtsamkeitsstrategien können dazu befähigen, das eigene Verhalten selbstständig und effektiv zu kontrollieren. Dadurch sind sie weniger abhängig von einer externalen Verstärkung (Singh et al., 2013). Dies steht im Einklang mit dem Ziel einer Förderung von Selbstbestimmung und Autonomie im Rahmen der Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen (LPK-BW, 2019). Im Kontext von Angststörungen sollen Achtsamkeitsübungen unter anderem dabei helfen, sich die durch die Angst ausgelösten Emotionen und Körpergefühle bewusst zu machen und diese zu normalisieren, ohne sie loswerden zu wollen. In Folge dieses achtsamen Umgangs soll die Vermeidung der Angsthalte vorgebeugt und die Angst somit langfristig abgebaut werden (Idusohan-Moizer et al., 2015). Ob die effektive Behandlung von

Angststörungen bei intellektuell beeinträchtigten Menschen alleine auf Basis des Achtsamkeitskonzepts erfolgen kann, lässt sich anhand der Literatur nicht beurteilen. Allerdings scheint es naheliegend zu sein, dass achtsamkeitsbasierte Verfahren eine potentiell hilfreiche Behandlungskomponente darstellen können. Insbesondere für die im Kontext von Angststörungen häufig auftretenden aggressiven und impulsiven Verhaltensweisen (Barnhill et al., 2017; Royal College of Psychiatrists, 2001) können Achtsamkeitsstrategien einen angemessenen Umgang mit der emotionalen Erregung ermöglichen (Robertson, 2011; Singh et al., 2013). Der Baustein zu achtsamkeitsbasierten Übungen zielt in diesem Sinne weniger auf ein konkretes Angststörungsbild ab, sondern vielmehr auf das damit einhergehende Problemverhalten. Die Materialien könnten somit auch für andere Störungsbilder geeignet sein, bei denen ein angemessener Umgang mit emotionaler Erregung zentral ist.

Der starke Fokus auf verhaltensbezogene Interventionen bei der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (Sturme, 2004, 2006) spiegelt sich auch in der Literatur zu Angststörungen deutlich wider. Von der Fachgruppe wurden keine kognitiv Verfahren als besonders hilfreich eingeschätzt und dementsprechend stand auch bei keiner der analysierten Arbeiten und Reviews ein kognitiv orientiertes Vorgehen im Zentrum. Dies bestärkt den Eindruck, dass hinsichtlich der Einsatzmöglichkeiten kognitiver Verfahren trotz der Wirksamkeitsnachweise eine Unsicherheit zu bestehen scheint (Koslowski et al., 2016; Taylor et al., 2008; Vereenoghe & Langdon, 2013). Dasselbe gilt auch für psychoanalytische, psychodynamische oder tiefenpsychologische Verfahren, für deren Einsatzmöglichkeiten sich weder bei der Fachgruppenbefragung noch in der gesichteten Literatur konkrete Anhaltspunkte ergaben. Es liegen zwar durchaus Einzelfallberichte für psychodynamische Verfahren im Kontext intellektueller Beeinträchtigung vor, aber keine methodisch hochwertigen Reviews oder Metaanalysen (Langdon et al., 2017). Zusammengenommen könnten die Einschätzungen der Fachgruppe und die aktuelle Literaturlage dementsprechend als ein Hinweis interpretiert werden, dass verhaltenstherapeutische Methoden möglicherweise für die Anwendung bei intellektueller Beeinträchtigung besser geeignet sind, als Methoden anderer Therapieschulen. Gleichzeitig kann die Frage gestellt werden, ob eine Einengung auf verhaltenstherapeutische Konzepte bei der Behandlung intellektuell beeinträchtigter Personen nicht zu kurz gegriffen ist und vor allem den Wunsch des Umfelds nach einer Verhaltensmodifikation widerspiegelt (Hurley et al., 1998). Auch wird in verschiedenen Angststörungstheorien die Rolle von Kognitionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten hervorgehoben. Zumindest bei leichter intellektueller Beeinträchtigung lässt sich keine empirische Grundlage für die Annahme erkennen, dass dies nicht auch hier in einer vergleichbaren Form zutreffen kann.

Insbesondere mithilfe von vorangestellten gezielten Trainingsmaßnahmen scheint es möglich, auch kognitive Inhalte mit intellektuell beeinträchtigten Personen im Rahmen einer Psychotherapie zu bearbeiten (Bruce et al., 2010; Langdon et al., 2017; Vereenoghe et al., 2015). Hier lässt sich eine Parallele zu dem in der analysierten Literatur beschriebenen Vorgehen bei der Vermittlung von Achtsamkeitsstrategien erkennen. Auch für diese wird ein intensives Training in Kombination mit psychoedukativen Elementen berichtet (Robertson, 2011; Singh et al., 2013). Dies lässt sich als Hinweis interpretieren, dass zunächst abstrakt und komplex anmutende kognitive oder achtsamkeitsbasierte Inhalte durchaus in die Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen einbezogen werden können, wenn ausreichend Zeit für eine intensive Vermittlung der Inhalte zur Verfügung gestellt wird.

4.3 Reflexion des methodischen Vorgehens und Limitationen

In diesem Abschnitt werden die Methodik bei der Entwicklung dieser Arbeit und die daraus hervorgehenden Limitationen kritisch diskutiert.

Fachgruppenbefragung: Die Grundlage dieser Arbeit lieferte die Durchführung einer Fachgruppenbefragung mithilfe der Delphi-Technik. Hierdurch sollte die erste Fragestellung der Arbeit nach hilfreichen Methoden für die Psychotherapie von Angststörungen bei intellektueller Beeinträchtigung beantwortet werden. Dafür wurden die von der Fachgruppe in der ersten Befragungsrunde frei vorgeschlagenen Methoden auf einem mittleren Abstraktionsniveau in Methodenkategorien zusammengefasst. Diese wurden in einer zweiten Befragungsrunde erneut hinsichtlich ihrer Relevanz eingeschätzt. Mit diesem Vorgehen wurde sichergestellt, dass die im Methodenkoffer berücksichtigten Methoden auf praktischen Erfahrungswerten beruhen. Hierin spiegelt sich das Ziel einer nutzerfreundlichen und praktischen Orientierung des Methodenkoffers wider. Auch war es durch die Delphi-Befragung möglich, potentiell spätere Nutzende des Methodenkoffers direkt in dessen Entstehungsprozess miteinzubeziehen. Die befragten Fachkundigen verfügen darüber hinaus über die Möglichkeiten, die entwickelten Arbeitsmaterialien in der Praxis umsetzen und evaluieren zu können. Dementsprechend soll der fertige Methodenkoffer allen beteiligten Fachkundigen für die praktische Anwendung zur freien Verfügung gestellt werden. Insgesamt lässt sich bilanzieren, dass die erste Fragestellung nach hilfreichen Methoden anhand der Fachgruppenbefragung umfangreich und mit einer hohen Praxisorientierung beantwortet werden konnte.

Im Rückblick lassen sich bei der Durchführung der Delphi-Befragung dennoch einige methodische Schwierigkeiten identifizieren, welche bei Betrachtung der abgeleiteten Therapiebausteine beachtet werden müssen. Die Zusammenfassung der vorgeschlagenen Methoden auf einem mittleren Abstraktionsniveau basierte auf den persönlichen Einschätzungen der an der

Entstehung dieser Arbeit beteiligten Personen und war dementsprechend stark subjektiv beeinflusst. Dabei wurde versucht, die in der ersten Befragungsrunde genannten Methoden auf eine geringere Anzahl an Methodenkategorien zu reduzieren. Es zeigte sich, dass einige der gewählten Begriffe hierbei nicht ideal waren. Dies gilt insbesondere für die in der zweiten Befragungsrunde mit am häufigsten angekreuzte Methodenkategorie „Kreative/Imaginative Verfahren“. Diese ergab sich aus unspezifischen Vorschlägen der Fachgruppe wie „Angst bildlich machen“, „Externalisieren der Angst“ oder „Geschichten erzählen von Menschen mit Angst und deren Umgang damit“. Für die Durchführung einer Literaturrecherche erwies sich diese Methodenkategorie aufgrund ihres methodisch unkonkreten und nur schwer in Suchstrategien übersetzbaren Charakters als nicht geeignet. Es zeigte sich, dass ein kreatives Vorgehen vielmehr als ein generelles Prinzip der psychotherapeutischen Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen und weniger als eine konkrete Methode aufgefasst werden kann. Dementsprechend wurde trotz der häufigen Nennungen in der zweiten Befragungsrunde entschieden, die Methodenkategorie „Kreative/Imaginative Verfahren“ für die Durchführung der Literaturrecherche nicht im Einzelnen zu berücksichtigen. Bei der Entwicklung der Arbeitsmaterialien wurde allerdings versucht, die Bedeutsamkeit eines kreativen Vorgehens hervorzuheben.

Auch die Beschreibung der Methodenkategorie „Training sozialer Kompetenzen“ erwies sich im Nachhinein als nicht optimal. In der ersten Befragungsrunde wurde ein Training sozialer Kompetenzen von drei Fachkundigen explizit als hilfreiche Methode genannt. Bei der Bildung der Methodenkategorien für die zweite Befragungsrunde wurde entschieden, die Durchführung von Rollenspielen und das Lernen am Modell der Methodenkategorie „Training sozialer Kompetenzen“ zuzuordnen, da diese dabei häufig zur Anwendung kommen. Daher wurden diese spezifischen Methoden im zweiten Fragebogen in Klammern mit angegeben. Mit dieser Kombination wurde das „Training sozialer Kompetenzen“ in der zweiten Befragungsrunde am zweithäufigsten angekreuzt. Bei genauerer Betrachtung scheint es allerdings fraglich, ob sich das Ankreuzen dabei auf die Durchführung eines ausführlichen sozialen Kompetenztrainings oder den methodenübergreifenden Einbau von Rollenspielen und Modelllernen bezog. Sowohl Rollenspiele als auch das Lernen am Modell stellen generelle und häufig angewandte Gestaltungsprinzipien der Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen dar. Nach Einschätzung der an dieser Arbeit mitwirkenden Personen wurde daher entschieden, das Training sozialer Kompetenzen nicht als einzelnen Therapiebaustein für die Literaturrecherche heranzuziehen, sondern die Anwendung von Rollenspielen und dem Lernen am Modell im Sinne eines methodenübergreifenden Prinzips bei der Entwicklung der Materialien zu berücksichtigen. Der Einsatz von Rollenspielen und das Lernen am Modell finden sich somit in den umgesetzten

Therapiebausteinen durchaus wieder, aber nicht innerhalb eines separaten Bausteins. Zudem liegt der Fokus vieler sozialer Kompetenztrainings auf einem angemessenen Umgang mit Gefühlen wie Wut. Durch den Baustein zu achtsamkeitsbasierten Übungen, welcher auf einen angemessenen Umgang mit emotionaler Erregung abzielt, ist ein weiterer zentraler Aspekt von sozialen Kompetenztrainings somit ebenfalls im Methodenkoffer zumindest teilweise abgedeckt.

Unter Einbezug von praktischen Überlegungen wurde außerdem entschieden, die am dritthäufigsten genannte Methodenkategorie „Herleitung und Erklärung des Therapierationals“ unter dem Baustein „Expositionsübungen“ aufzugreifen, da sich diese auf Basis der vorgeschlagenen Methoden der Fachgruppe auf eine Herleitung des Rationals von Expositionsübungen bezog. Zusätzlich wurde stattdessen ein weiterer Baustein zu einer allgemeinen Psychoedukation zu Angststörungen in den Methodenkoffer integriert, welcher sich nicht direkt aus den am häufigsten genannten Methoden der Fachgruppe ableiten ließ. Die Entscheidung für dieses Vorgehen erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Herleitung des Therapierationals als Teilaspekt einer umfangreichen Psychoedukation aufgefasst werden kann. Des Weiteren stellt ein allgemeines Verständnis für die Symptomatik einer Angststörung, welches durch die Psychoedukation vermittelt werden soll, nach Einschätzung der an dieser Arbeit beteiligten Personen die Grundlage für eine logische Herausarbeitung eines Therapierationals dar. Dementsprechend wurde die Integration psychoedukativer Inhalte in den Methodenkoffer als grundlegend für ein stringentes Vorgehen eingeschätzt. Dies entspricht auch den Empfehlungen der S3-Leitlinie für die Behandlung von Angststörungen bei durchschnittlich intelligenten Menschen (Bandelow et al., 2014).

Zu beachten ist außerdem, dass die Fachgruppe fast ausschließlich über einen verhaltenstherapeutischen Hintergrund verfügte. Lediglich zwei Fachkundige gaben einen psychoanalytischen Hintergrund an. Dementsprechend finden sich auch in den genannten Methoden fast ausschließlich verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen wieder. Vereinzelt kognitive Methoden wie die „Kognitive Umstrukturierung“ wurden zwar angegeben, aber als nicht besonders bedeutsam eingeschätzt. Eine konkrete psychoanalytische, tiefenpsychologische oder psychodynamische Methode wurde von keiner Fachkraft genannt. Die ursprüngliche Absicht, einen therapieschulenübergreifenden Methodenkoffer zu entwickeln, bildet sich dementsprechend nicht in den abgeleiteten Therapiebausteinen ab. Hierfür hätte bei der Rekrutierung der Fachgruppe womöglich auf ein ausgewogeneres Verhältnis der verschiedenen Therapieschulen geachtet werden müssen. Es ist allerdings auch nicht auszuschließen, dass sich verhaltenstherapeutische Methoden für die Behandlung von Angststörungen besonders anbieten.

Insbesondere die Bedeutsamkeit von Expositionsübungen im Kontext von Angststörungen wird in vielen Manualen und Leitlinien hervorgehoben und zeigte sich auch bei den Einschätzungen der Fachgruppe und der Literaturrecherche (Bandelow et al., 2014; Domschke & Hoyer, 2019).

Als letzter Punkt ist zu berücksichtigen, dass die Delphi-Befragung im Rahmen dieser Arbeit bereits nach zwei Befragungsrunden beendet wurde. Dies war vor allem den zeitlichen Rahmenbedingungen geschuldet. Typischerweise werden im Rahmen einer Delphi-Befragung noch weitere Befragungsrunden durchgeführt, um einen weitgehenden Konsens der Fachgruppe herstellen zu können. Für das methodische Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit war allerdings kein einheitlicher Konsens erforderlich. Die Einschätzungen der Fachgruppe sollten lediglich eine praktisch fundierte Orientierung für die Bildung von Therapiebausteinen liefern, welche innerhalb der Literaturrecherche empirisch fundiert werden können. Dieses Ziel wurde bereits nach zwei Befragungsrunden als gegeben erachtet.

Literaturrecherche: Durch die Durchführung einer ausführlichen Literaturrecherche wurde das Ziel verfolgt, notwendige Adaptionen für die Therapiebausteine empirisch zu fundieren. Um die Literaturrecherche auf einen im Rahmen dieser Arbeit realisierbaren Umfang zu begrenzen, wurden lediglich Arbeiten der letzten 20 Jahre berücksichtigt und strenge Ein- und Ausschlusskriterien angewandt. Es wurde versucht, alle in diesem Zeitraum veröffentlichten für die Beantwortung der zweiten Fragestellung relevanten Arbeiten abzugreifen. Dennoch hatte die Literaturrecherche keinen exhaustiven Charakter und es ist nicht auszuschließen, dass weitere hilfreiche Arbeiten mit den verwendeten Suchstrategien nicht identifiziert werden konnten. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass bei der Analyse der anhand der Einschlusskriterien ausgewählten Arbeiten weitere Querverweise entdeckt und berücksichtigt wurden. Durch den Einbezug mehrerer systematischer Reviews kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich ein Großteil der aus der vorhandenen Literatur ableitbaren Erkenntnisse auch in den inhaltlichen Ergebnissen der Literaturrecherche wiederfindet.

Bei Sichtung der Literatur bestätigte sich, dass im Rahmen der Therapieforschung bei intellektuell beeinträchtigten Menschen kaum randomisierte Kontrollstudien und Metaanalysen vorliegen (Vereenooghe & Langdon, 2013). Dementsprechend konnten für die konkrete Anwendung der einzelnen Therapiebausteine zur Behandlung von Angststörungen fast ausschließlich Einzelfallberichte mit einer geringen methodischen Qualität identifiziert werden. Auch die analysierten Reviews basieren größtenteils auf Einzelfallberichten. In diesen wird die Anwendung von Adaptionen zwar oft erwähnt, in den meisten Fällen aber nicht ausführlich beschrieben. Auch wird in vielen Fällen die Behandlung von Personen mit einer multimorbiden und komplexen Symptomatik beschrieben. Ein Vergleich der einzelnen Fallberichte ist daher nur schwer

möglich und eine Generalisierbarkeit nicht gegeben. Dies ist bei Bewertung der inhaltlichen Ergebnisse der Literaturrecherche zu beachten.

Für die Anwendung von Expositionsübungen bei intellektueller Beeinträchtigung konnten im Kontext von Angststörungen mehrere Arbeiten identifiziert werden, welche eine Grundlage für die Konzeption des Methodenkoffers lieferten. Dem Gegenüber liegen zur Psychoedukation und Durchführung von Achtsamkeitsübungen im Kontext von Angststörungen nur sehr wenige Arbeiten vor. Daher wurden für diese Bausteine primär Arbeiten aus anderen Störungskontexten berücksichtigt. Es erscheint naheliegend, dass die dabei beschriebenen allgemeinen Adaptionen des Vorgehens auch bei Angststörungen geeignet sind. Insgesamt kann trotz der methodischen Qualitätsmängel der analysierten Einzelfallberichten eine bestmöglich empirisch fundierte Basis für den entwickelten Methodenkoffer angenommen werden.

Umsetzung in Arbeitsmaterialien: Die Entwicklung der Arbeitsmaterialien für den Methodenkoffer stützte sich auf den inhaltlichen Ergebnissen der Literaturrecherche. Es wurde versucht, die in der Literatur identifizierten Adaptionen bestmöglich in den konkreten Arbeitsmaterialien abzubilden. Viele inhaltliche Ergebnisse finden sich außerdem in den Informationsblättern für Therapierende wieder, in denen Empfehlungen und Hinweise für die praktische Umsetzung des jeweiligen Therapiebausteins gegeben werden. Zusätzlich wurden Therapiemanuale für Kinder und Erwachsene mit und ohne intellektuelle Beeinträchtigung als Orientierung herangezogen (Elstner et al., 2012; Erretkamps et al., 2017; Traub & In-Albon, 2017; Wengenroth, 2017). Hierdurch sollte eine praxisorientierte Gestaltung der Arbeitsmaterialien sichergestellt werden.

Als weitere Limitation ist neben dem bereits beschriebenen verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt der Arbeitsmaterialien anzuführen, dass grundlegende sprachliche Fähigkeiten für die Bearbeitung voraussetzend sind. Dementsprechend eignet sich der Methodenkoffer vor allem für Menschen mit einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung. Auch mit mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Personen sollten die Arbeitsmaterialien im Regelfall bearbeitet werden können. Unter Umständen sind hierbei aber weitere Adaptionen und Unterstützungen des sprachlichen Verständnisses durch Therapierende, Betreuende oder sonstige Bezugspersonen notwendig. Insbesondere bei der Psychoedukation und der Durchführung von Achtsamkeitsübungen sollte flexibel auf die zu behandelnde Person abgestimmt werden, welche Arbeitsmaterialien für eine sinnvolle Bearbeitung herangezogen werden können. Dabei muss nicht zwangsläufig jedes Arbeitsblatt verwendet werden. Bei schwerer oder schwerster intellektueller Beeinträchtigung ist der Einsatz des Methodenkoffers nicht zu empfehlen, da in diesen Fällen nicht von ausreichenden sprachlichen Fähigkeiten ausgegangen werden kann.

Dennoch können die berücksichtigten Therapiebausteine mit Sicherheit auch auf das Klientel schwer intellektuell beeinträchtigter Personen übertragen werden. In der Literatur lassen sich insbesondere für die Durchführung von Expositionsübungen bei schwerer intellektueller Beeinträchtigung erfolgreiche Beispiele finden (Conyers et al., 2004). Hierfür sind aber weitere Adaptionen mit einer noch umfassenderen Loslösung von sprachlichen Anteilen erforderlich.

4.4 Ausblick

In seiner jetzigen Fassung stellt der Methodenkoffer einen bestmöglich wissenschaftlich fundierten Entwurf möglicher Therapiematerialien für die Behandlung von Angststörungen bei intellektuell beeinträchtigten Menschen dar. Dementsprechend ist der Entwicklungsprozess zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Vor einer umfassenden praktischen Anwendung des Methodenkoffers muss die Verständlichkeit der Arbeitsmaterialien entsprechend den Regeln des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Netzwerks leichte Sprache (2014) von der Zielgruppe selbst überprüft werden. Nur Personen mit intellektueller Beeinträchtigung können beurteilen, ob die Sprache der erstellten Arbeitsmaterialien leicht genug und gut verständlich ist. Auch sollten erste Erfahrungen bei der Anwendung des Methodenkoffers durch eine Nutzerbefragung sowohl von behandelten Personen als auch Therapierenden evaluiert werden. Auf Basis dessen gilt es, den Methodenkoffer zunehmend für die praktische Anwendung zu optimieren.

Langfristig können noch weitere Bausteine in den Methodenkoffer integriert werden. Auf Basis der Fachgruppenbefragung bietet sich hierfür zunächst ein Fokus auf an ein Training sozialer Kompetenzen angelehnte Methoden an. Hierbei kann überlegt werden, diese in einem separaten Baustein zusammenzufassen oder sie in die bereits vorhandenen Bausteine zu integrieren. Insbesondere im Rahmen der achtsamkeitsbasierten Übungen scheinen einige Überlappungen zu Inhalten gängiger sozialer Kompetenztrainings vorzuliegen. Aufgrund der generellen Eignung achtsamkeitsbasierter Übungen im Kontext intellektueller Beeinträchtigung (Robertson, 2011; Singh et al., 2013) kann in diesem Sinne auch in Erwägung gezogen werden, noch weitere achtsamkeitsbasierte Übungen in den Methodenkoffer aufzunehmen.

In der Literatur werden für eine Reduktion von Angstsymptomen auch häufig Entspannungsverfahren angeführt. In einem 19 Forschungsarbeiten umfassenden systematischen Review zur Behandlung von Ängsten bei intellektueller Beeinträchtigung von Dagnan und Kollegen (2018) wird der Einsatz von Entspannungstechniken neben der Exposition in vivo als häufigste Behandlungskomponente angeführt. Dementsprechend könnte es sich für die Weiterentwicklung des Methodenkoffers als vielversprechend erweisen, diesen Bereich genauer zu fundieren.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen des Weiteren, dass die Forschung zur Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nach wie vor ausgebaut werden muss. Es herrscht ein Mangel an qualitativ hochwertigen Studien und Metaanalysen, aus welchen sich klare klinische Empfehlungen für die therapeutische Praxis ableiten lassen (Morin et al., 2010; Sappok et al., 2010; Whitehouse et al., 2006). Auch im Rahmen der Literaturrecherche konnte keine Metaanalyse identifiziert werden. Die meisten Arbeiten stellen Einzelfallberichte dar, deren Ergebnisse erheblich dadurch limitiert werden, dass sie nicht generalisierbar sind. Es gilt daher, die Erkenntnisse der vielen Einzelfallberichte zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen in randomisierten Kontrollstudien zu überprüfen. Hierfür ist es erforderlich, dass das adaptive Vorgehen in zukünftigen Einzelstudien ausführlich und transparent beschrieben wird, so dass es repliziert werden kann (Whitehouse et al., 2006). Auch ist von einigen methodischen Herausforderungen bei groß angelegten Studien zu psychischen Erkrankungen bei intellektueller Beeinträchtigung auszugehen. Diese begründen sich durch die große Heterogenität der Zielgruppe (Došen, 2018). Es erscheint schwierig, homogene und ausreichend große Stichproben an intellektuell beeinträchtigten Personen für die Durchführung von Vergleichsstudien zu rekrutieren. Hieraus ergibt sich die Herausforderung für die zukünftige Gesundheitsforschung bei intellektuell beeinträchtigten Menschen, wissenschaftliche Qualitätsansprüche in Hinsicht auf Generalisierbarkeit und statistische Power mit praktischer Realisierbarkeit in Einklang zu bringen.

Abschließend gilt es auf Ebene des Versorgungssystems, Therapierende für den Versorgungsbedarf intellektuell beeinträchtigter Menschen zu sensibilisieren (LPK-BW, 2019; Morin et al., 2010; Whitehouse et al., 2006). Entsprechende Weiterbildungsangebote und eine Berücksichtigung der Personengruppe intellektuell beeinträchtigter Menschen im Rahmen des Ausbildungscurriculums für Psychotherapie bilden Ansatzpunkte, um ambulante Therapieangebote für intellektuell beeinträchtigte Menschen langfristig ausbauen zu können (LPK-BW, 2019; Stahl, 2003; Whitehouse et al., 2006). Dies ist vor dem Hintergrund des aktuell schweren Zugangs zu Psychotherapie für intellektuell beeinträchtigte Menschen und den gleichzeitig hohen Prävalenzen an psychischen Erkrankungen (Cooper et al., 2007; Dekker & Koot, 2003; Emerson, 2003) dringend erforderlich. Dabei ist nicht mehr die Frage zu stellen, ob Psychotherapie für intellektuell beeinträchtigte Menschen wirksam sein kann, sondern wie diese bestmöglich im Rahmen der besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe gestaltet werden kann (Whitehouse et al., 2006).

4.5 Fazit

Der entwickelte Methodenkoffer kann einen Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungssituation intellektuell beeinträchtigter Menschen leisten. Die Arbeitsmaterialien wurden über eine Fachgruppenbefragung und Literaturrecherche bestmöglich fundiert und kennzeichnen sich durch eine hohe Praxisorientierung. Sie können eine hilfreiche Orientierung und Sicherheit beim therapeutischen Vorgehen innerhalb dieser Zielgruppe liefern. Dabei sollte der Methodenkoffer nicht als ein in sich geschlossenes Therapiemanual aufgefasst, sondern immer flexibel, kreativ und individualisiert angewendet werden. Entscheidend ist, die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der zu behandelnden Person zu beachten und die Gestaltung der Therapie an diesen auszurichten.

Literaturverzeichnis

- Adams, Z. W., & Boyd, S. E. (2010). Ethical challenges in the treatment of individuals with intellectual disabilities. *Ethics & Behavior*, 20(6), 407–418.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Azam, K., Serfaty, M., King, M., Martin, S., Strydom, A., Parkes, C., & Hassiotis, A. (2012). The development of manualised cognitive behaviour treatment for adults with mild intellectual disability and common mental disorders. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 109–116.
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A., Ehrig, C., Engel, K., Falkai, P., & Geiser, F. (2014). *Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen*. Abgerufen am 15.06.2020. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0c2fc607fa678377a9efb4f13d5ce7007f2c43d0/S3-LL_Lang_Angstst%C3%B6rungen_2014.pdf
- Barnhill, J., Cooper, S. A., & Fletcher, R. J. (2017). Diagnostic Manual–Intellectual Disability 2 (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. *NADD*.
- Baumeister, A. A., Todd, M. E., & Sevin, J. A. (1993). Efficacy and specificity of pharmacological therapies for behavioral disorders in persons with mental retardation. *Clinical Neuropharmacology*.
- Beail, N. (2017). Psychological therapies and people who have ID: A report from the Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*.
- Beauchemin, J., Hutchins, T. L., & Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary health practice review*, 13(1), 34–45.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Becker, E. (2018). Generalisierte Angststörung. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2* (S. 87–104). Springer.
- Bergmann, F. (2019). *Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen*. Beltz.
- Bohlmann, K. (2011). Indikation zur Psychotherapie. In *Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 184–204). Lebenshilfe-Verlag.

- Brown, F. J., & Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of Intellectual Disabilities, 13*(3), 195–201.
- Bruce, M., Collins, S., Langdon, P., Powlitch, S., & Reynolds, S. (2010). Does training improve understanding of core concepts in cognitive behaviour therapy by people with intellectual disabilities? A randomized experiment. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(1), 1–13.
- Buckles, J., Luckasson, R., & Keefe, E. (2013). A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003–2010. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6*(3), 181–207.
- Burton, P., Palicka, A., & Williams, T. I. (2017). Treating specific phobias in young people with autism and severe learning difficulties. *the Cognitive Behaviour Therapist, 10*.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical psychology review, 26*(1), 17–31.
- Cavalari, R. N., DuBard, M., Luiselli, J. K., & Birtwell, K. (2013). Teaching an adolescent with autism and intellectual disability to tolerate routine medical examination: Effects of a behavioral compliance training package. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 1*(2), 121.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3–16.
- Chapman, M. J., Hare, D. J., Caton, S., Donalds, D., McInnis, E., & Mitchell, D. (2013). The use of mindfulness with people with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Mindfulness, 4*(2), 179–189.
- Conyers, C., Miltenberger, R. G., Peterson, B., Gubin, A., Jurgens, M., Selders, A., Dickinson, J., & Barenz, R. (2004). An evaluation of in vivo desensitization and video modeling to increase compliance with dental procedures in persons with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis, 37*(2), 233–238.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry, 190*(1), 27–35.
- Cowdrey, F. A., & Walz, L. (2015). Exposure therapy for fear of spiders in an adult with learning disabilities: A case report. *British Journal of Learning Disabilities, 43*(1), 75–

82.

- Cromartie, R. S., Flood, W. A., & Luiselli, J. K. (2014). Graduated exposure and compliance training intervention for blood draw avoidance and refusal in a woman with intellectual disability and schizoaffective disorder. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 7(2), 95–103.
- Crowley, V., Rose, J., Smith, J., Hobster, K., & Ansell, E. (2008). Psycho-educational groups for people with a dual diagnosis of psychosis and mild intellectual disability: A preliminary study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(1), 25–39.
- Dagnan, D., Chadwick, P., & Proudlove, J. (2000). Toward an assessment of suitability of people with mental retardation for cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 627–636.
- Dagnan, D., Jackson, I., & Eastlake, L. (2018). A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(11), 974–991. <https://doi.org/10.1111/jir.12548>
- Davies, L., & Oliver, C. (2013). The age related prevalence of aggression and self-injury in persons with an intellectual disability: A review. *Research in developmental disabilities*, 34(2), 764–775.
- Davis, E., Saeed, S. A., & Antonacci, D. J. (2008). Anxiety disorders in persons with developmental disabilities: Empirically informed diagnosis and treatment. *Psychiatric Quarterly*, 79(3), 249–263.
- Davis, T. E., & Ollendick, T. H. (2005). Empirically supported treatments for specific phobia in children: Do efficacious treatments address the components of a phobic response? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 144–160.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495–505.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(8), 915–922.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2019). *Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“*. Zugriff am

- 24.03.2020. Verfügbar unter www.dgppn.de/_Resources/Persist/tent/5311574f4e6d020a1a6d42eb14b430e6724eb36a/2019-09-12_Positionspapier_Referat_GeistigeBehinderung_fin.pdf
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2014). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. *Huber*.
- Domschke, K., & Hoyer, J. (2019). Angststörungen (ICD-10 F4). In U. Voderholzer & F. Høhagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen—State of the Art* (14. Aufl., S. 269–282). Urban & Fischer.
- Došen, A. (2018). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene* (2., überarbeitete Auflage 2018). Hogrefe.
- Došen, A., & Day, K. (2001). Epidemiology, etiology, and presentation of mental illness and behavior disorders in persons with mental retardation. In *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (S. 3–24). American Psychiatric Press.
- Douglass, S., Palmer, K., & O'Connor, C. (2007). Experiences of running an anxiety management group for people with a learning disability using a cognitive behavioural intervention. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(4), 245–252.
- Duff, R., La Rocca, J., Lizzet, A., Martin, P., Pearce, L., Williams, M., & Peck, C. (1981). A comparison of the fears of mildly retarded adults with children of their mental age and chronological age matched controls. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 12(2), 121–124.
- Ehrenreich-May, J., & Remmes, C. S. (2013). Treatment of Childhood Anxiety in the Context of Limited Cognitive Functioning. In *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders* (S. 149–161). Springer.
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(2), 137–143.
- Ellison, D. M. (1997). Compliance training decreases maladaptive behaviors in two people with developmental disabilities: Report of five years' treatment. *Behavioral Interventions: Theory & Practice in Residential & Community-Based Clinical Programs*, 12(4), 183–194.
- Elstner, S., & Salzmann, E. (2014). Angst- und Zwangsstörungen, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen. In C. Schanze (Hrsg.) *Psychiatrische Diagnostik und*

- Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung* (2. Aufl., S. 129–146). Schattauer.
- Elstner, S., Schade, C., & Diefenbacher, A. (2012). *DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit: An der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Bethel-Verlag.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51–58. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x>
- Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S., & Bengel, J. (2017). *Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung* (1. Auflage). Beltz.
- Fisher, W. W., Piazza, C. C., Bowman, L. G., & Amari, A. (1996). Integrating caregiver report with a systematic choice assessment to enhance reinforcer identification. *American Journal on Mental Retardation*.
- Fydrich, T. (2018). Soziale Phobie. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2* (S. 49–66). Springer.
- Geisenberger-Samaras, C. (2014). Verhaltenstherapie bei Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung. In C. Schanze (Hrsg.) *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. (2. Aufl., S. 323–339). Schattauer.
- Glaserapp, J. (2019). *Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung- Änderungen der Richtlinien machen den Weg frei zu einer besseren Versorgung*. Projekt Psychotherapie. Abgerufen am 14.03.2020. Verfügbar unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/glasenapp-2019-psychotherapie-fur-menschen-mit-geistiger-behinderung.pdf>
- Government of Aragon. (2020). *Aragonese portal of augmentative and alternative communication (ARASAAC)*. Abgerufen am 17.07.2020. Verfügbar unter: <http://www.arasaac.org/index.php>
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. 2. korrig. Aufl. Hogrefe.
- Haddock, G., Lobban, F., Hatton, C., & Carson, R. (2004). Cognitive-behaviour therapy for people with psychosis and mild intellectual disabilities: A case series. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(4), 282–298.
- Hagena, S., & Gebauer, M. (2014). *Therapie-Tools Angststörungen*. Beltz.
- Hagopian, L. P., Crockett, J. L., & Keeney, K. M. (2001). Multicomponent treatment for blood-injury-injection phobia in a young man with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 22(2), 141–149.
- Hagopian, L. P., & Jennett, H. K. (2008). Behavioral assessment and treatment of anxiety in

- individuals with intellectual disabilities and autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20(5), 467–483.
- Hagopian, L. P., Long, E. S., & Rush, K. S. (2004). Preference assessment procedures for individuals with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 28(5), 668–677.
- Hartley, S. L., & MacLean Jr, W. E. (2006). A review of the reliability and validity of Likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 50(11), 813–827.
- Häßler, F. (2011). *Intelligenzminderung: Eine ärztliche Herausforderung*. Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press.
- Heijkoop, J. (2014). *Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung: Neue Wege der Begleitung und Förderung*. Juventa.
- Helps, S. (2015). Psychopathology: Anxiety, depression and schizophrenia. In *Comorbid conditions in individuals with intellectual disabilities* (S. 85–107). Springer.
- Hennicke, K., & Seidel, M. (2005). Stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland. In *Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung. Materialien der DGSGB*, (S.17–39).
- Hermes, V. (2017). *Beratung und Therapie bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung: Das Praxishandbuch mit systemisch-ressourcenorientiertem Hintergrund* (1., Auflage 2017). Hogrefe.
- Hoekman, J., Miedema, A., Otten, B., & Gielen, J. (2017). *SEN: Skala zur Einschätzung des sozial-emotionalen Entwicklungsniveaus*. Hogrefe.
- Hollins, S. (2001). Psychotherapeutic methods. *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*, 27–44.
- Hronis, A., Roberts, L., & Kneebone, I. I. (2017). A review of cognitive impairments in children with intellectual disabilities: Implications for cognitive behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 189–207.
- Hronis, A., Roberts, R., Roberts, L., & Kneebone, I. (2019). Fearless Me! A feasibility case series of cognitive behavioral therapy for adolescents with intellectual disability. *Journal of clinical psychology*, 75(6), 919–932.
- Hulbert-Williams, L., & Hastings, R. P. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: A critical review. *Journal of*

- Intellectual Disability Research*, 52(11), 883–895.
- Hurley, A. D., Tomasulo, D. J., & Pfadt, A. G. (1998). Individual and group psychotherapy approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10(4), 365–386.
- Hwang, Y.-S., & Kearney, P. (2013). A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: Long-term practice and long lasting effects. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 314–326.
- Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J., & Albany, M. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: An evaluation of the effectiveness of mindfulness in reducing symptoms of depression and anxiety. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 93–104.
- Jennett, H. K., & Hagopian, L. P. (2008). Identifying empirically supported treatments for phobic avoidance in individuals with intellectual disabilities. *Behavior Therapy*, 39(2), 151–161.
- Johnson, A., Mason, H., & Withers, P. (2003). ‘I might not know what you know but it doesn’t mean you can be awful to me’. *British Journal of Learning Disabilities*, 31(1), 31–36.
- Jones, R. A. (2014). Therapeutic relationships with individuals with learning disabilities: A qualitative study of the counselling psychologists’ experience. *British Journal of Learning Disabilities*, 42(3), 193–203.
- Joyce, T., Globe, A., & Moody, C. (2006). Assessment of the component skills for cognitive therapy in adults with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 17–23.
- Kabat-Zinn, J. (1980). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
- Kirk, J., Sehmi, A., Hazeldine, C., Palmer, G., & Ruddle, G. (2014). LIFT psychology primary care group for people with intellectual disabilities: Can IAPT adapt? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*.
- Koskentausta, T., Iivanainen, M., & Almqvist, F. (2007). Risk factors for psychiatric disturbance in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(1), 43–53.
- Koslowski, N., Klein, K., Arnold, K., Koesters, M., Schuetzwohl, M., Salize, H. J., & Puschner, B. (2016). Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: Systematic review and meta-analysis. *The*

- British Journal of Psychiatry*, 209(6), 469–474.
- Kroese, B. S. (1998). Cognitive-behavioural therapy for people with learning disabilities. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(4), 315–322.
- Kufner, K. (2015). Wie behandeln wir Menschen mit einer Intelligenzminderung. *Projekt Psychotherapie*, 2, 18–21.
- Kupzyk, S., & Allen, K. D. (2019). A review of strategies to increase comfort and compliance with medical/dental routines in persons with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(2), 231–249.
- Langdon, P. E., Kehinde, T., & Parkes, G. (2017). *Psychological therapies with people who have intellectual disabilities*.
- Lass-Hennemann, J., Tuschen-Caffier, B., & Michael, T. (2018). Expositionsverfahren. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1* (S. 411–424). Springer.
- Lindsay, W. R., Michie, A. M., Baty, F. J., Smith, A. H. W., & Miller, S. (1994). The consistency of reports about feelings and emotions from people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38(1), 61–66.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lingg, A., & Theunissen, G. (2017). *Psychische Störungen und geistige Behinderungen: Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis*, 7. Lambertus-Verlag.
- LPK-BW. (2019). *Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung (geistiger Behinderung)—Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Abgerufen am 04.03.2020. Verfügbar unter <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/20191023-psychotherapie-geistige-behinderung-fragen-antworten-pdf.pdf>
- Lund, E. M., & Hammond, M. (2014). Single-session intervention for abuse awareness among people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 32(1), 99–105.
- Maïano, C., Coutu, S., Tracey, D., Bouchard, S., Lepage, G., Morin, A. J. S., & Moullec, G. (2018). Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 230–242. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.029>
- Margraf, J., & Schneider, S. (2018). Panikstörung und Agoraphobie. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2* (S. 3–27). Springer.
- Matson, J. L., Bielecki, J., Mayville, E. A., Smalls, Y., Bamburg, J. W., & Baglio, C. S. (1999). The development of a reinforcer choice assessment scale for persons with severe

- and profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 20(5), 379–384.
- 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.
- McKenzie, K., Matheson, E., McKaskie, K., Hamilton, L., & Murray, G. C. (2001). *A picture of happiness: Emotion recognition in individuals with a learning disability*.
- Menolascino, F. J. (1970). *Psychiatric approaches to mental retardation*. Basic Books.
- Metaxas, C., Wunsch, A., & Nübling, T. S. R. (2014). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. *Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal*, 2(2014), 122–130.
- Morin, D., Cobigo, V., Rivard, M., & Lépine, M. (2010). Intellectual disabilities and depression: How to adapt psychological assessment and intervention. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 51(3), 185.
- Netzwerk Leichte Sprache, & Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2014). *Leichte Sprache: Ein Ratgeber*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Novosel, S. (1984). Psychiatric disorder in adults admitted to a hospital for the mentally handicapped. *The British Journal of Mental Subnormality*, 30(58), 54–58.
- Oathamshaw, S. C., & Haddock, G. (2006). Do people with intellectual disabilities and psychosis have the cognitive skills required to undertake cognitive behavioural therapy? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 35–46.
- Oeseburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. C. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature review. *Intellectual and developmental disabilities*, 49(2), 59–85.
- Pruijssers, A. C., Meijel, B. van, Maaskant, M., Nijssen, W., & Achterberg, T. van. (2014). The relationship between challenging behaviour and anxiety in adults with intellectual disabilities: A literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(2), 162–171. <https://doi.org/10.1111/jir.12012>
- Reed, J., & Clements, J. (1989). Assessing the understanding of emotional states in a population of adolescents and young adults with mental handicaps. *Journal of Intellectual Disability Research*, 33(3), 229–233.
- Reiss, S., Levitan, G. W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American journal of mental deficiency*.
- Robertson, B. (2011). The adaptation and application of mindfulness-based psychotherapeutic

- practices for individuals with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*.
- Rojahn, J., Matson, J. L., Naglieri, J. A., & Mayville, E. (2004). Relationships between psychiatric conditions and behavior problems among adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, *109*(1), 21–33.
- Roscoe, P., Petalas, M., Hastings, R., & Thomas, C. (2016). Dialectical behaviour therapy in an inpatient unit for women with a learning disability: Service users' perspectives. *Journal of Intellectual Disabilities*, *20*(3), 263–280.
- Rose, J., West, C., & Clifford, D. (2000). Group interventions for anger in people with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, *21*(3), 171–181.
- Röttgers, H. O., & Wittbrock, S. (2019). Angststörungen: Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie. In T. Kircher (Hrsg.), *Kompendium der Psychotherapie: Für Ärzte und Psychologen* (S. 223–261). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57287-0_10
- Royal College of Psychiatrists. (2001). *OP48 DC-LD: Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation* (Bd. 48). Springer Science & Business.
- Royal College of Psychiatrists. (2004). *Psychotherapy and Learning Disability: Council Report CR116*. Royal College of Psychiatrists.
- Sams, K., Collins, S., & Reynolds, S. (2006). Cognitive therapy abilities in people with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *19*(1), 25–33.
- Sappok, T., Voß, T., Millauer, E., Schade, C., & Diefenbacher, A. (2010). Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Der Nervenarzt*, *81*(7), 827–836.
- Sappok, T., Zepperitz, S., Barrett, B. F., & Došen, A. (2018). *SEED: Skala der Emotionalen Entwicklung-Diagnostik: ein Instrument zur Feststellung des emotionalen Entwicklungsstands bei Personen mit intellektueller Entwicklungsstörung*. Hogrefe.
- Sarimski, K., & Steinhausen, H.-C. (2008). *Ratgeber psychische Störungen bei geistiger Behinderung: Informationen für Eltern, Lehrer und Erzieher* (Bd. 11). Hogrefe.
- Schanze, C. (2014). Intelligenzminderung und psychische Störung—Grundlagen, Epidemiologie, Erklärungsansätze. In C. Schanze, (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, (2. Aufl., S. 21–29). Schattauer.
- Schanze, C., Sappok, T., & Kehrle, M. (2014). Verhaltensauffälligkeiten (F7). In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, (2- Aufl., S. 233–256). Schattauer.
- Schmidt, H., & Meir, S. (2014). Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der

- Diagnostik bei geistig Behinderten. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, (2. Aufl., S. 30–33). Schattauer.
- Schneider, S., & Blatter-Meunier, J. (2019). Trennungsangst. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3* (S. 499–522). Springer.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status*.
- Seidel, M. (2014). Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland: Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, (2. Aufl., S. 6–17). Schattauer.
- Sozialgesetzbuch V (2014). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)—Gesetzliche Krankenversicherung. *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch—Gesetzliche Krankenversicherung—zuletzt geändert durch Artikel, 3*.
- Shabani, D. B., & Fisher, W. W. (2006). Stimulus fading and differential reinforcement for the treatment of needle phobia in a youth with autism. *Journal of applied behavior analysis*, 39(4), 449–452.
- Shepherd, C., & Beail, N. (2017). A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: Progress and challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 31(1), 94–117.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Singh, A. N., Winton, A. S., Singh, J., McAleavey, K. M., & Adkins, A. D. (2008a). A mindfulness-based health wellness program for an adolescent with Prader-Willi syndrome. *Behavior modification*, 32(2), 167–181.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Adkins, A. D., Singh, A. N., & Singh, J. (2013). Mindfulness-based approaches. *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*, 253–266.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Adkins, A. D., Singh, J., & Singh, A. N. (2007). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification*, 31(6), 800–814.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Singh, J. (2011a). Can adult offenders with intellectual disabilities use mindfulness-based procedures to control their deviant sexual arousal? *Psychology, Crime & Law*, 17(2), 165–179.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Singh, J. (2008b). Clinical and benefit—Cost outcomes of teaching a mindfulness-based procedure to adult offenders with intellectual disabilities. *Behavior Modification*, 32(5), 622–637.

- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, A. N., Singh, J., & Singh, A. D. (2011b). Effects of a mindfulness-based smoking cessation program for an adult with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 32*(3), 1180–1185.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D., Myers, R. E., & Group, M. R. (2003). Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities, 24*(3), 158–169.
- Slifer, K. J., Hankinson, J. C., Zettler, M. A., Frutchey, R. A., Hendricks, M. C., Ward, C. M., & Reesman, J. (2011). Distraction, exposure therapy, counterconditioning, and topical anesthetic for acute pain management during needle sticks in children with intellectual and developmental disabilities. *Clinical Pediatrics, 50*(8), 688–697.
- Stahl, B. (2003). Psychotherapie und psychologische Beratung geistig behinderter Menschen. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder*, 591–645.
- Stavrakaki, C., & Klein, J. (1986). Psychotherapies with the mentally retarded. *Psychiatric clinics of north america, 9*(4), 733–743.
- Stavrakaki, C., & Lunsky, Y. (2007). Depression, anxiety and adjustment disorders in people with intellectual disabilities. *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*, 113–130.
- Stünkel-Grees, N., Clausen, J., & Wunsch, A. (2018). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung = Outpatient psychotherapy for children and adolescents with intellectual disability. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 67*(3), 224–238. <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.3.224>
- Sturme, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 11*(4), 222–232.
- Sturme, P. (2006). On some recent claims for the efficacy of cognitive therapy for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19*(1), 109–117.
- Summers, S. J., & Witts, P. (2003). Psychological intervention for people with learning disabilities who have experienced bereavement: A case study illustration. *British Journal of Learning Disabilities, 31*(1), 37–41.
- Taylor, J. L., Lindsay, W. R., & Willner, P. (2008). CBT for people with intellectual disabilities: Emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural and Cognitive*

- Psychotherapy*, 36(6), 723–733.
- Traub, J., & In-Albon, T. (2017). *Therapie-Tools Angststörungen im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim: Beltz.
- Unwin, G., Tsimopoulou, I., Kroese, B. S., & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 51, 60–75.
- Vereenooghe, L., & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 4085–4102.
- Vereenooghe, L., Reynolds, S., Gega, L., & Langdon, P. E. (2015). Can a computerised training paradigm assist people with intellectual disabilities to learn cognitive mediation skills? A randomised experiment. *Behaviour research and therapy*, 71, 10–19.
- Vogel, V. (2012). *Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Tectum Wissenschaftsverlag.
- Waitman, A., & Reynolds, F. (1992). Demystifying traditional approaches to counselling and psychotherapy. *Psychotherapy and mental handicap*, 202–220.
- Wannemüller, A. (2018). Spezifische Phobien. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2* (S. 29–47). Springer.
- Weber, G., & Rojahn, J. (2019). Intellektuelle Beeinträchtigung. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3* (S. 364–378). Springer.
- Weiß, R., Albinus, B., & Arzt, D. (2006). *Grundintelligenztest Skala 2-Revision (CFT 20-R)*. Hogrefe.
- Wengenroth, M. (2017). *Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)*. Beltz.
- Whitaker, S., & Read, S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: An analysis of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(4), 330–345.
- Whitehouse, R. M., Tudway, J. A., Look, R., & Kroese, B. S. (2006). Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 55–65.
- Wolff, J. J., & Symons, F. J. (2013). An evaluation of multi-component exposure treatment of needle phobia in an adult with autism and intellectual disability. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 26(4), 344–348.

- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1992). International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd>.
- Zeilinger, E. L., Weber, G., & Haveman, M. J. (2011). Psychometric properties and norms of the German ABC-Community and PAS-ADD Checklist. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2431–2440.

Anhang A: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auflistung der Methoden und Anzahl der Nennungen in den zwei Fragebögen....	43
Tabelle 2: Rangreihe der fünf als am hilfreichsten eingeschätzten Methoden.....	44
Tabelle 3: Überblick über die verwendeten Suchbegriffe.....	46
Tabelle 4: Darstellung der Suchstrategien und Trefferzahlen für die Methoden.....	47
Tabelle 5: Auflistung der entwickelten Arbeitsmaterialien für Therapierende (T), Klient*innen (K) und Bezugspersonen (B) sortiert nach den Bausteinen des Methodenkoffers	78

Anhang B: Delphi-Befragung: Information, Einverständniserklärung und Fragebögen*Informationsschreiben zum Studienablauf:*

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg . Institut für Psychologie . 79085 Freiburg
Ambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen

**Informationsblatt:
Delphi-Befragung zur Psychotherapie von Angststörungen
bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller
Beeinträchtigung**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Im Rahmen meiner Masterarbeit am Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg beschäftige ich mich mit der Konzeption eines Methodenkoffers für die Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung. Ziel der Arbeit ist es, Therapiematerialien in Form von Arbeitsblättern, Handreichungen und Instruktionen zu entwickeln, welche an das Entwicklungsniveau und die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepasst sind. Für die Zusammenstellung der hierfür grundlegenden Methoden möchte ich Sie um Ihre Unterstützung bitten!

Mittels einer Delphi-Befragung möchte ich das Expertenwissen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben, dafür nutzen, hilfreiche therapeutische Methoden für die Behandlung von Angststörungen zu identifizieren. Die befragte Expertengruppe setzt sich aus Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verschiedener Therapieschulen zusammen, die im ambulanten oder im Wohnheim-/Werkstatt-Setting tätig sind.

Ihr Aufwand bei der Studie:

In der ersten Befragungsrunde bearbeiten Sie den diesem Infoschreiben beiliegenden Fragebogen (mit lediglich zwei Fragen). Dieser dient der Erfassung Ihrer Ideen und Vorschläge für nützliche Methoden bei der Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sowie Ihrer Einschätzung der bei dieser Patientengruppe am häufigsten auftretenden Ängste.

Die zweite Befragungsrunde erfolgt in Form einer anonymen Auflistung aller von den Expertinnen und Experten genannten Methoden. Die Bedeutung dieser Methoden soll nun von Ihnen bewertet werden. Hierfür kreuzen Sie lediglich die in Ihren Augen fünf bedeutsamsten Methoden in der Auflistung an.

Diese kurze Methodenbewertung wird abschließend noch einmal wiederholt, damit ein stabiles Meinungsbild und eine Mehrheitsfähigkeit sichergestellt werden kann. Die von Ihnen eingebrachten Vorschläge und Bewertungen werden streng vertraulich behandelt, ohne Nennung Ihres Namens bearbeitet und anonym zurückgemeldet. Bitte lesen Sie hierzu auch die Informationen zu Freiwilligkeit und Datenschutz. Eine Einverständniserklärung ist beigefügt.

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung Rehabilitationspsychologie und
Psychotherapie
**Psychotherapeutische Ambulanz
für psychische Störungen bei
körperlichen Erkrankungen**

Leitung:
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Dipl. Psych. Katharina Glatz

Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg

Sekr. (0761) 2 03 – 30 46
Fax (0761) 2 03 – 30 40

www.psychologie.uni-freiburg.de

05. Dezember 2019

Informationsschreiben zum Datenschutz:

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie, 79085 Freiburg
Ambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen

Freiwilligkeit und Datenschutz
Delphi Befragung zur Psychotherapie von Angststörungen
bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger Intellektueller
Beeinträchtigung

Freiwilligkeit:

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie erteilen Sie uns durch eine schriftliche Einverständniserklärung. Sie können jederzeit – auch bei schon gegebener Einwilligung – aus der Studie ausscheiden und die sofortige Löschung Ihrer Daten veranlassen. Sie müssen Ihre Entscheidung nicht begründen oder rechtfertigen.

Datenschutz:

Ihre Daten werden absolut vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen ausschließlich Forschungszwecken. Ihre Einverständniserklärung wird von den restlichen Daten getrennt und gesondert aufbewahrt, so dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Um die Daten einander zuordnen zu können, werden die Fragebögen jeweils mit einer Identifikationsnummer versehen. Eine Zuordnung der Identifikationsnummer zu Ihrem Namen bzw. Ihrer Adresse ist nur über eine studieninterne Liste möglich. Diese Zuordnungsliste ist nur den Projektmitarbeitern zugänglich. Alle Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht. Ihr Name, Ihre Adresse und Ihre E-Mail-Adresse werden für dieses Projekt gelöscht, sobald sie für die Datenerhebung nicht mehr erforderlich sind. Die Daten aus den in der Studie eingesetzten Materialien werden nach einer Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren automatisch gelöscht.

Wenn Sie das Vorgegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt verständlich ist und Sie bereit sind, an der Studie teilzunehmen, möchten wir Sie bitten, zwei Kopien der Einverständniserklärung zu unterschreiben. Ein Exemplar ist für uns und das andere für Ihre Unterlagen bestimmt. Lassen Sie uns ein unterschriebenes Exemplar bitte per Post oder Mail zukommen.

Wenn Sie mehr Informationen wünschen, können Sie gerne die Studienleitung kontaktieren:

Dipl. Psych. Katharina Glatz
katharina.glatz@psychologie.uni-freiburg.de
Tel: +49-761-203-3061

B.Sc. David Braun
braun_david@icloud.com

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung Rehabilitationspsychologie und
Psychotherapie
Psychotherapeutische Ambulanz
für psychische Störungen bei
körperlichen Erkrankungen

Leitung:
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Dipl. Psych. Katharina Glatz

Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg

Sekr. (0761) 2 03 – 30 46
Fax (0761) 2 03 – 30 40

www.psychologie.uni-freiburg.de

05. Dezember 2019

Einverständniserklärung:

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg · Institut für Psychologie · 79085 Freiburg
Ambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen

**Einverständniserklärung
Delphi-Befragung zur Psychotherapie von Angststörungen
bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller
Beeinträchtigung**

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Mail-Adresse: _____

Ich bin über Inhalt, Nutzen und Durchführung der Delphi-Befragung zur Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung der psychotherapeutischen Hochschulambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen des Instituts für Psychologie informiert worden. Zu diesem Zweck habe ich ein Informationsblatt zur Studie und zum Datenschutz erhalten.

Mit wurde versichert und mir ist bekannt,

- dass die Teilnahme freiwillig ist
- dass alle meine Angaben - ohne Einschränkungen - absolut vertraulich behandelt werden
- dass die Daten anonymisiert ausgewertet werden
- dass personenbezogene Angaben und die Daten aus den in der Studie eingesetzten Materialien in keinem Fall an Dritte weitergegeben werden
- dass mein Name, meine Adresse und E-Mail-Adresse für die Studie gelöscht werden, sobald sie für die Datenerhebung nicht mehr benötigt werden
- dass die anonymisierten Daten aus den in der Studie eingesetzten Materialien nach einer Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren automatisch gelöscht werden
- dass ich jederzeit mein Einverständnis zurückziehen kann, mir dadurch keinerlei Nachteile entstehen und dass in diesem Fall bereits erhobene Daten gelöscht werden

Ich bin damit einverstanden, dass die oben eingetragenen Kontaktdaten gegebenenfalls dazu verwendet werden, mich an die Rücksendung der Studien-Materialien zu erinnern.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an der Studie zur Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung. Ich gebe den Mitarbeitern der Studie die Erlaubnis zur Verwendung dieser Daten für wissenschaftliche Zwecke. Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung Rehabilitationspsychologie und
Psychotherapie
**Psychotherapeutische Ambulanz
für psychische Störungen bei
körperlichen Erkrankungen**

Leitung:
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Dipl. Psych. Katharina Glatz

Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg

Sekr. (0761) 2 03 – 30 46
Fax (0761) 2 03 – 30 40

www.psychologie.uni-freiburg.de

05. Dezember 2019

Ort, Datum

Unterschrift

Fragebogen 1:

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg · Institut für Psychologie · 79085 Freiburg
Ambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen

Fragebogen I: Delphi Befragung zur Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären, an der Delphi-Befragung teilzunehmen!

In dieser ersten Befragungsrunde werden psychotherapeutische Methoden für die Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gesammelt. Zwangsstörungen und Traumafolgestörungen sollen dabei nicht berücksichtigt werden. Das Methodenspektrum umfasst alle Therapieschulen sowie Einzel- und Gruppensettings.

Gerne möchte ich vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrung Ihre Ideen und Vorschläge sammeln. Bitte nennen Sie auch Methoden, die Sie noch nicht bei dieser Zielgruppe angewandt haben, aber dennoch als hilfreich erachten. Eine Beschreibung vorgenommener Adaptionen ist nicht erforderlich.

Ich bitte Sie um die Beantwortung (gerne in Stichworten) der folgenden Fragestellung:

Welche Methoden können in der Psychotherapie von Angststörungen (spezifische Ängste, soziale Ängste, Panikstörung und agoraphobische Ängste, Krankheitsängste, generalisierte Angststörung, Trennungsängste, andere Ängste) bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung hilfreich sein?

Ihre Vorschläge:

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Psychotherapeutische Ambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen

Leitung:
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Dipl. Psych. Katharina Glatz

Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg

Sekr. (0761) 2 03 – 30 46
Fax (0761) 2 03 – 30 40

www.psychologie.uni-freiburg.de

05. Dezember 2019

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen und die Einverständniserklärung entweder per Post an **David Braun, Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, 79085 Freiburg** oder per Mail an **braun_david@icloud.com**. Sie erhalten dann in den kommenden Wochen den zweiten Fragebogen zur Methodenbewertung. Vielen Dank!

Fragebogen 2:

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie, 79085 Freiburg
Ambulanz für psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen



Fragebogen II: Delphi Befragung zur Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der ersten Runde der Delphi-Befragung und Ihre eingebrachten Vorschläge!

Auf der folgenden Seite sind die in der ersten Befragungsrunde genannten Ideen aller teilnehmenden Experten zu Methoden für die Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung auf einem mittleren Abstraktionsniveau zusammengefasst. In Klammern ist die Häufigkeit der Nennungen angegeben. Allgemeine Therapieansätze wie „verhaltenstherapeutische/psychoanalytische Verfahren“ sind nicht aufgeführt, da diese jeweils mehrere Methoden umfassen.

Die konkreten Beschreibungen, Ideen zur Umsetzung u. Ä., die eventuell nicht explizit auf der Liste aufgeführt sind, finden dann bei der Erarbeitung der konkreten Therapiematerialien Berücksichtigung. Vielen Dank an dieser Stelle auch für Ihre Hinweise auf die Vereinfachung der Sprache, die Besonderheiten bei der Diagnostik bzw. der Differentialdiagnostik entwicklungsstandtypischer Ängste und den Einbezug von Bezugspersonen. Auch diese Aspekte sollen in der Masterarbeit thematisiert und bei der Umsetzung der einzelnen Methoden berücksichtigt werden.

In der zweiten Befragungsrunde soll nun der Bedarf und die Relevanz der aufgelisteten Methoden eingeschätzt werden. Bitte markieren Sie dafür vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrung auf der folgenden Seite **die Ihrer Meinung nach fünf bedeutsamsten Methoden**.

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung Rehabilitationspsychologie und
Psychotherapie
**Psychotherapeutische Ambulanz
für psychische Störungen bei
körperlichen Erkrankungen**

Leitung:
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Dipl. Psych. Katharina Glatz

Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg

Sekr. (0761) 2 03 – 30 46
Fax (0761) 2 03 – 30 40

www.psychologie.uni-freiburg.de

20. Januar 2020

Anhang C: Ausführliche Ergebnisse des ersten Fragebogens

- *Herleitung und Erklärung des Therapierational*
 - Angstkreislauf
 - Teufelskreis der Angst
 - Prinzip der Habituation
 - Angstkurve
 - Angsthierarchie
 - Angstthermometer

- *Psychoedukation zu Angst und Emotionen*
 - Unterschied zwischen Angst und anderen Gefühlen erläutern
 - Angstmimik in Bildern zeigen
 - Ort der Angstwahrnehmung in Abbildung des Torsos einzeichnen
 - Perspektive / Ziel gemeinsam erarbeiten: Wie soll es sein?

- *Training sozialer Kompetenzen*
 - Rollenspiele
 - Angstausslösende Situation durchspielen
 - Modelllernen
 - Therapeut als Rollenmodell
 - Beobachtungsaufgaben (bei sozialer Phobie)

- *Kreative/Imaginative Verfahren*
 - Imaginationsübungen/imaginative Verfahren
 - Mentalisierungsbasierte Techniken zur Senkung des Arousal
 - Externalisieren der Angst
 - Angst bildlich machen
 - Stuhlübungen (Angstmonster befragen)
 - Geschichten erzählen von Menschen mit Angst und deren Umgang damit
 - „liebvoller Begleiter“
 - Stationär: Tiertherapie, Musiktherapie
 - Schweredecke, Spielzeugraum, schaukeln

- *Achtsamkeits-, Sinnes und Körperwahrnehmungsübungen*
 - Achtsamkeit als Gegenpol zur Angst
 - Body Scan
 - Zugang zum eigenen Erleben ermöglichen
 - Progressive Muskelrelaxation
 - Körperorientierte Psychotherapieansätze

- *Wahrnehmungs-/Aufmerksamkeitslenkung*
 - Selbstwahrnehmung (nach innen/außen gerichtete Aufmerksamkeit) gemeinsam üben
 - Förderung nach außen gerichteter Aufmerksamkeit

- *Expositionsübungen*
 - Expositionsverfahren
 - in vivo und in sensu
 - Nur in vivo, da in sensu nicht geht
 - Vorzugsweise in vivo
 - Analog den Expos bei Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung
 - Mit Therapeut und alleine
 - Nur, wenn zuvor Psychoedukation möglich ist
 - Bei Panikattacken: Expo mit körperlichen Symptomen
 - Begleitung in angstbesetzten Situationen und korrigierende Erfahrungen ermöglichen
 - Systematische Desensibilisierung
 - Graduierte Reizkonfrontation

- *Hilfreiche Gegenstände*
 - Mutstein
 - Übergangsobjekte

- *Kognitive Umstrukturierung*
 - Funktionale und dysfunktionale Aspekte der Vermeidung differenzieren
 - Negative Gedanken sammeln und aufschreiben
 - Gedanken zu Ende denken (bei GAS)

- *Positive Selbstinstruktion*
 - Positive Gedanken/Mutsätze auf Karten schreiben
 - Mantraartige Mutsätze, evtl. auch grafisch oder schriftlich auf Kärtchen festhalten
 - Positive Selbstverbalisation
 - Selbstinstruktionsgespräche
 - Arbeiten mit Affirmationen
 - Beruhigende Sätze

- *Selbstwert- und Akzeptanzarbeit*
 - Selbstwertfördernde Interventionen

- *Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens*
 - Selbstwirksamkeit fördern
 - Selbstwirksamkeit stärken / Blick auf Erfolge
 - Self management

- *Übungen zur Emotionsregulation und Emotionserkennung*
 - Übungen/Skills zur Emotionsregulation
 - Emotionsakzeptanzstrategien

- *Verhaltensanalyse*

- *Entspannungsübungen*
- *Atemübungen*
- *Stabilisierungstechniken (sicherer Ort etc.)*
- *Zusammenstellung eines Angst-Notfallkoffers*
- *Pro-Contra Liste*
- *Gedankenstopp*

Nicht berücksichtigte Methodenvorschläge:

- *Diagnostik*
 - Diagnostik und Differenzierung der Angstsymptomatik
 - Diagnostik des Entwicklungsniveaus
 - Überprüfung des Entwicklungsstandes → Entwicklungstypische Ängste?
 - Verstehen, wo die Ängste Ausdruck realer oder erlebter Überforderung sind
- *Zu unspezifische Methoden oder allgemeine Hinweise*
 - Bezugspersonengespräche
 - Umfeld mit einbeziehen
 - Einbezug der Betreuenden
 - Stabilisieren der Umgebung
 - Einsatz guter visualisierender Hilfsmittel, z.B. Bildkarten
 - Vereinfachte Darstellungen, Visualisierungen
 - Nach der emotionalen Entwicklung und den damit assoziierten Bedürfnissen richten, z.B. viel Sicherheit geben bei Bindungsbedürfnis → individuell angepasste Therapie
 - Materialien aus dem Bereich der Kinder-Psychotherapie verwenden
 - Arbeitsmaterialien aus verhaltenstherapeutischen Manualen anpassen mit vereinfachter Sprache
 - Ritualisierte Abläufe in der Therapiestunde
 - Psychoanalytisch orientierter Ansatz
 - Modifizierter gestalttherapeutischer Ansatz
 - Verhaltenstherapeutische/verhaltensmodifikatorische Ansätze

Anhang D: Der Methodenkoffer

-Manuskript-

Ein Methodenkoffer für die ambulante
Psychotherapie von Angststörungen bei
Menschen mit leichter oder mittelgradiger
intellektueller Beeinträchtigung

entstanden im Rahmen der Masterthesis von David Braun
Sommersemester 2020



Die Masterthesis entstand in der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
des Instituts für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

VORWORT:

Der vorliegende Methodenkoffer wurde für die ambulante Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung entwickelt. Er entstand im Rahmen meiner Masterthesis am Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Sommersemester 2020. Es wurden Informations- und Arbeitsblätter für Klient*innen, deren Bezugspersonen und Therapeut*innen entwickelt, die sich an den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung orientieren.

Das Fundament des Methodenkoffers lieferte die Durchführung einer Fachgruppenbefragung mit Psychotherapeut*innen, die über praktische Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Menschen verfügen. Anhand der von der Fachgruppe als am hilfreichsten eingeschätzten Methoden wurden drei Therapiebausteine gebildet, welche in einer anschließenden Literaturrecherche empirisch fundiert wurden. Auf Basis der Literaturrecherche wurden die Methoden an die Zielgruppe intellektuell beeinträchtigter Menschen angepasst und in konkreten Arbeitsmaterialien umgesetzt.

In seiner jetzigen Fassung ist der Methodenkoffer noch nicht abgeschlossen. Er soll weitere Entwicklungsphasen durchlaufen, in denen er zunehmend für die Anwendung in der Praxis optimiert und mit weiteren Bausteinen angereichert wird. Er ist als eine bestmöglich praktisch und wissenschaftlich fundierte Sammlung von Methodenvorschlägen zu verstehen, aus welcher hilfreiche Arbeitsmaterialien individuell und frei ausgewählt werden können. Dementsprechend müssen für einzelne Patienten nicht alle Bausteine und Arbeitsmaterialien relevant sein. Aufgrund der großen Heterogenität innerhalb der Patientengruppe intellektuell beeinträchtigter Menschen gilt es immer, die Therapie flexibel, kreativ und individuell zu gestalten. Der Methodenkoffer kann hierfür Orientierung, Inspiration und im besten Falle konkret anwendbare Materialien für die Gestaltung der Therapiesitzungen liefern.

Der Methodenkoffer enthält drei Bausteine:

- (1) Psychoedukation
- (2) Expositionsübungen
- (3) Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen

Jeder Baustein wird in einem eigenen Kapitel behandelt. Jedes Kapitel beginnt mit einer allgemeinen Einführung in den jeweiligen Baustein und einer Auflistung der zugeordneten Arbeitsmaterialien. Auf den Arbeitsmaterialien lässt sich anhand von Kennzeichnungen mit Buchstaben erkennen, an wen sich der Inhalt richtet. Mit T markierte Blätter sind Informationsmaterialien für Therapeut*innen. Sie beinhalten Hinweise, Ideen oder Anleitungen für die praktische Umsetzung des jeweiligen Bausteins. Mit K markierte Blätter richten sich an Klient*innen. Es handelt sich in vielen Fällen um Arbeitsblätter, die in der Therapie selbst oder als Hausaufgabe bearbeitet werden können. Die Arbeitsmaterialien sind in leichter Sprache und mit Einbezug von

Visualisierungen gestaltet, um das Verständnis zu erleichtern. Die Piktogramme wurden der online frei zugänglichen *Arasaac*-Symbolsammlung entnommen (Government of Aragon, 2020, www.arasaac.org). Für die Bearbeitung der Materialien sind Schreib- und Lesefähigkeiten nicht zwingend erforderlich, aber vorteilhaft. Bei Schwierigkeiten sollten Therapeut*innen oder Bezugspersonen die Klient*innen bei der Bearbeitung unterstützen, indem sie die Anweisungen vorlesen oder die Antworten notieren. Mit B markierte Arbeitsmaterialien richten sich an Bezugspersonen (Betreuende, Angehörige...). Hierbei handelt es sich um psychoedukative Informationsschreiben oder Fragebögen, die eine Vorbereitung und Planung der Therapie erleichtern soll. Generell empfiehlt es sich, Bezugspersonen nach Möglichkeit in die Therapie einzubinden.

Die Arbeitsmaterialien wurden in Anlehnung an die analysierte Literatur entwickelt, um eine bestmögliche wissenschaftliche Fundierung zu gewährleisten. Manche Arbeitsblätter sind stark an bereits vorhandene Therapiemanuale aus dem Bereich der Psychotherapie mit Kindern oder Erwachsenen angelehnt, andere wurden frei entworfen. Vertiefende Informationen zu den einzelnen Bausteinen und dem Entstehungsprozess der Arbeitsmaterialien können dem Ergebnisteil meiner Masterthesis entnommen werden, welche auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt wird.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Braun', with a long, sweeping flourish extending to the right.

David Braun, Sommer 2020

KAPITEL 1:

Psychoedukation mit intellektuell beeinträchtigten Menschen

Wissensvermittlung durch Psychoedukation:

Der „state of the art“ einer Psychotherapie von Angststörungen beinhaltet die Durchführung von psychoedukativen Sitzungen zu Beginn der Therapie. In diesen soll Klient*innen ein grundlegendes Wissen über das Störungsbild und die damit einhergehende Symptomatik vermittelt werden. Bei Angststörungen kann sich die Darstellung der Inhalte an den drei Komponenten der Angst (körperliche Symptome, Gedanken, Verhalten) orientieren und anhand der gemeinsamen Entwicklung eines Störungsmodells erfolgen. Insgesamt stellt die Psychoedukation innerhalb des therapeutischen Prozesses den ersten Schritt für einen Kompetenzerwerb im Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung dar (Röttgers & Wittbrock, 2019).

Psychoedukation zu Angststörungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen:

Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gilt es, die Gestaltung der psychoedukativen Sitzungen an die vorhandenen kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten anzupassen. Die Vermittlung theoretischer Inhalte muss in einer vereinfachten Form erfolgen. Inhaltlich kann die Psychoedukation die gleichen Bereiche wie mit durchschnittlich intelligenten Menschen umfassen. Typischerweise werden zunächst allgemeine Informationen über Angst und Angststörungen vermittelt. Darauf aufbauend können die individuellen Angstsymptome, -situationen, -gedanken und -verhaltensweisen identifiziert und in einen gemeinsamen Zusammenhang gebracht werden. Ein Verständnis dieses Zusammenhangs liefert die Grundlage für die weiterführende Herausarbeitung des Rationals der weiteren Behandlungsschritte, wie beispielsweise der Durchführung von Expositionsübungen (siehe Kapitel 2).

Überblick Arbeitsmaterialien:

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht über die Arbeitsmaterialien, die Sie für die Psychoedukation über Angststörungen mit intellektuell beeinträchtigten Klient*innen heranziehen können:

- Info 1 (T): *Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*. Allgemeine Informationen über die Phänomenologie von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung werden auf diesem Informationsblatt für Therapierende zusammengefasst. Die enthaltenen Infos bieten eine Wissensgrundlage für die Informationsvermittlung an Klient*innen und gegebenenfalls deren Bezugspersonen.
- Info 2 (B): *Informationen über Angststörungen für Angehörige*. Dieses Informationsblatt kann an Angehörige ausgegeben werden. Es beinhaltet allgemeine Informationen über die Symptomatologie, Häufigkeit und Besonderheiten von Angststörungen bei intellektuell beeinträchtigten Menschen.
- Info 3 (T): *Durchführung psychoedukativer Sitzungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen*. Auf diesem Informationsblatt finden Therapeut*innen allgemeine Hinweise und Empfehlungen für die Durchführung psychoedukativer Sitzungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen.

- AB 1 (K): *Was ist Angst?* Dieses Arbeitsblatt informiert Klient*innen über die Warnfunktion von Angst und die Abgrenzung von normaler Angst zu einer Angststörung.
- AB 2 (K): *Meine Angst-Auslöser.* Mit diesem Arbeitsblatt können Klient*innen ihre individuellen Angstauslöser identifizieren.
- AB 3 (K): *Meine Angst-Gefühle.* Dieses Arbeitsblatt dient der gemeinsamen Besprechung der körperlichen Empfindungen beim Auftreten von Angst.
- AB 4 (K): *Meine Angst-Gedanken.* Gedanken beim Auftreten von Angst sollen auf diesem Arbeitsblatt erarbeitet und besprochen werden.
- AB 5 (K): *Mein Angst-Verhalten.* Auf diesem Arbeitsblatt können die aus der Angst resultierenden Verhaltensweisen gemeinsam erarbeitet werden.
- AB 6 (K): *Gedanken – Gefühle – Verhalten.* Hier sollen die besprochenen Angst-Komponenten schrittweise in einen Zusammenhang gebracht werden. AB 6a bezieht sich zunächst auf den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen. Anhand der abgedruckten Gedanken soll überlegt werden, welches Gefühl damit einhergeht. Dieses kann dann durch das Aufmalen der entsprechenden Mimik in das Gesicht festgehalten werden. Mit AB 6b wird zusätzlich die dritte Angst-Komponente „Verhalten“ in die Überlegungen mit aufgenommen. Anhand der beispielhaften Reaktion auf eine Spinne soll die Abfolge von Gedanken, Gefühlen und Verhalten beispielhaft erläutert werden. Es bietet sich an, einen angstausslösenden Ablauf und einen nicht-angstausslösenden Ablauf zu erarbeiten.
- AB 7 (T, K): *Angst-Kreislauf.* Mit diesem Arbeitsblatt können die besprochenen Inhalte durch die gemeinsame Erarbeitung des Angst-Kreislaufs integriert und zusammengefasst werden.
- AB 8 (K): *Angst-Tagebuch.* Das Angst-Tagebuch dient der Protokollierung des Angsterlebens innerhalb des Wochenverlaufs.

INFO 1



Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Allgemeines:

Angststörungen kennzeichnen sich durch wiederholte und extreme Angstreaktionen, die der vorliegenden Situation nicht angemessen sind. Auf der Verhaltensebene äußert sich dies typischerweise in einer Vermeidung der angstbesetzten Stimuli, auf emotionaler Ebene in einem Gefühl von Angst und Panik, auf kognitiver Ebene in durch Sorgen und Furcht dominierten Gedankengängen und auf physiologischer Ebene im Erleben einer intensiven körperlichen Anspannung. Die Intensität dieser Reaktionen ist so extrem, dass erhebliche Beeinträchtigungen für den betroffenen Menschen entstehen (APA, 2013; Došen, 2018; WHO, 1992). In der ICD-10 werden Angststörungen anhand des angstausslösenden Stimulus klassifiziert. Unter dem Oberbegriff der Angststörung werden Phobien (F40), Panikstörungen (F41.0) und die generalisierte Angststörung (F41.1) aufgeführt. Phobien können in Form einer Agoraphobie (F40.1), einer sozialen Phobie (F40.2) oder einer spezifischen (isolierten) Phobie (F40.3) auftreten. Bei Kindern und Jugendlichen kann außerdem die Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0) diagnostiziert werden.

Besonderheiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung:

Generell können Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in einer vergleichbaren Form an Angststörungen erkranken wie durchschnittlich intelligente Menschen. Epidemiologische Untersuchungen weisen sogar darauf hin, dass bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Angststörungen und allgemeine Ängste vermutlich deutlich häufiger vorliegen (Dekker & Koot, 2003; Emerson, 2003; Maïano et al., 2018; Oeseburg et al., 2011). Zu beachten ist, dass sich die gängigen Diagnosekriterien der ICD-10 und des DSM-5 in vielen Fällen und insbesondere bei schweren intellektuellen Beeinträchtigungen nicht direkt auf das Klientel intellektuell beeinträchtigter Menschen übertragen lassen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich die Erscheinungsform von Angststörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch *atypische Symptome* kennzeichnen kann. Insbesondere die bei durchschnittlich intelligenten Menschen auftretenden kognitiven Aspekte von Angststörungen können oft nicht klar identifiziert werden. Diese lassen sich nicht von außen beobachten und können von intellektuell beeinträchtigten Klient*innen selbst oft nicht erkannt und berichtet werden. Der Fokus sollte daher nicht auf kognitive Aspekte von Angststörungen gelegt werden. Vielmehr gilt es, auf von außen beobachtbare Angstsymptome zu fokussieren und entsprechende Verhaltensäquivalente zu identifizieren. Hinweise auf das Auftreten von Angst bei einer intellektuell beeinträchtigten Person können beispielsweise der Gesichtsausdruck, Weinanfälle oder anklammernde Verhaltensweisen liefern. Oftmals kommt es zu motorisch unruhigen Verhalten, Zittern, Problemen mit Schlaf und Konzentration, Mundtrockenheit, Schweißausbrüchen, Kopfschmerzen und einer hohen Irritabilität. Irritabilität und Unruhe können sich auch in aggressiven und destruktiven Verhaltensweisen gegenüber der eigenen Person oder dem Umfeld äußern. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die betroffene Person ihre Ängste und Sorgen nicht in einer verbalen Form zum Ausdruck bringen kann. Das für Angststörungen zentrale Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten kann ebenfalls nicht immer klar identifiziert werden, da intellektuell beeinträchtigte Menschen oft nicht über das erforderliche

Ausmaß an Selbstbestimmung verfügen, um angstbesetzte Inhalte gezielt zu vermeiden (Barnhill et al., 2017; Royal College of Psychiatrists, 2001).

Überblick über die verschiedenen Angststörungsbilder:

Agoraphobie: Bei einer Agoraphobie (F40.0) ist die Angst vor einem möglichen Angstanfall und einem damit einhergehenden Kontrollverlust zentral. Dies lässt sich als eine Angst vor der Angst umschreiben. Betroffene zeigen ein ausgeprägtes und generalisiertes Vermeidungsverhalten in Bezug auf bestimmte Orte und Situationen, wodurch sie im Extremfall nicht mehr die eigene Wohnung verlassen können. Die Lebensführung ist dadurch erheblich beeinträchtigt. Bei manchen Betroffenen tritt die Agoraphobie gemeinsam mit einer Panikstörung auf. In diesem Fall kann eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) diagnostiziert werden. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung äußern sich agoraphobische Inhalte durch starke vegetative Reaktionen beim Verlassen der eigenen Wohnung oder anderen als sicher eingeschätzten Orte. Eine Erfassung agoraphobischer Inhalte auf kognitiver Ebene (Gedanken daran, dass ein Verlassen der angstbesetzten Situation nicht möglich oder keine Hilfe verfügbar ist) ist aufgrund der kognitiven Einschränkungen in vielen Fällen nicht möglich. Des Weiteren kann nicht davon ausgegangen werden, dass intellektuell beeinträchtigte Klienten über die selbstbestimmten Handlungsmöglichkeiten verfügen, um ein gezieltes agoraphobisches Vermeidungsverhalten zu zeigen.

Soziale Phobie: Die soziale Phobie (F40.1) kennzeichnet sich durch eine übermäßige Angst vor Leistungs- oder interpersonellen Situationen aufgrund der Befürchtung, sich peinlich zu verhalten und dadurch von anderen abgelehnt oder negativ bewertet zu werden. Auch hier kommt es zu einer Vermeidung der angstbesetzten sozialen Situationen und stark ausgeprägten körperlichen und kognitiven Symptomen. In Extremfällen kann dies zu einer vollkommenen sozialen Isolation führen. Bei intellektueller Beeinträchtigung liegen auf sozialer Ebene häufig Versagensängste und Minderwertigkeitsgefühle vor. Diese können sich durch sozialen Rückzug, eine allgemeine soziale Gehemmtheit, Scheu und Schüchternheit ausdrücken. Die Erfassung sozialphobischer Inhalte auf kognitiver Ebene sowie von gezielten Vermeidungsverhalten kann auch hier deutlich erschwert sein. In den angstbesetzten sozialen Situationen können aber in der Regel verhaltensbezogene Symptome wie Weinen, Wutanfälle, Bewegungslosigkeit oder Schwierigkeiten bei der verbalen Artikulation beobachtet und für die Diagnosestellung herangezogen werden. Bei moderater und schwerer intellektueller Beeinträchtigung ist darauf zu achten, ob sich die sozialphobischen Verhaltenssymptome auch bei Kontakt mit bekannten Personen äußern. Insgesamt ist die Relevanz sozialer Ängste bei intellektuell beeinträchtigten Klienten aufgrund der häufig vorliegenden sozialen Stigmatisierungs- und Ablehnungserfahrungen naheliegend.

Spezifische Phobie: Bezieht sich die übermäßige Angst auf ein klar umschriebenes Objekt oder eine Situation, spricht man von einer spezifischen Phobie (F40.2). Bei dieser kommt es zu einer unmittelbaren Angstreaktion bei Konfrontation mit dem angstbesetzten Stimuli, welche sich in einem starken Vermeidungsverhalten niederschlägt. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist eine Einsicht in die Unverhältnismäßigkeit der Angstreaktion in der Regel nicht gegeben. Auch bezieht sich die Angst oftmals auf andere Inhalte als bei durchschnittlich intelligenten Patienten. Die Angstthemen entsprechen eher dem sozio-emotionalen

Entwicklungsniveau und nicht dem chronologischen Alter. Reale Situationen und Objekte stehen in der Regel im Zentrum, irrealer Ängste treten seltener auf. Insbesondere Dunkelheit, Gewitter, die Hölle, Sexualität und Berührung, Keime, Hunde, Autofahrten und Arztbesuche können angstbesetzte Inhalte darstellen. Hinweise auf spezifische Angstsinhalte lassen sich vor allem aus dem Auftreten vegetativer Symptome bei Konfrontation mit den entsprechenden angstbesetzten Objekten oder Situationen ableiten.

Panikstörung: Panikstörungen (F41.0) kennzeichnen sich durch wiederholte, zeitlich umgrenzte und plötzlich auftretende Anfälle akuter und extremer Angst, die nicht durch eine real vorliegende Gefahr verursacht werden und mit starken körperlichen und kognitiven Symptomen einhergehen. Für die Diagnose einer Panikstörung muss es während des Monats nach einem Angstanfall zum Auftreten von Sorgen über weitere Panikattacken oder zu maladaptiven Verhaltensänderungen mit dem Ziel einer Vermeidung weiterer Panikattacken kommen. Panikattacken treten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in vergleichbarer Form wie bei durchschnittlich intelligenten Menschen auf und lassen sich zumindest bei starker Ausprägung anhand der vegetativen Symptome von außen gut erkennen. Diese können sich in Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Atemknappheit, Erstickungsgefühlen, Brustschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Taubheitsgefühlen oder Hitze-/Kälteschauern ausdrücken. Kognitive Aspekte von Panikattacken wie ein Gefühl von Derealisation oder Depersonalisation, die Angst vor Kontrollverlust und das Auftreten von exzessiven Sorgen oder Todesängsten lassen sich nur schwer identifizieren. Auch kann es für intellektuell beeinträchtigte Klient*innen schwierig sein, dem zeitlichen Kriterium des Auftretens von Sorgen oder Vermeidung innerhalb eines Monats nach der Panikattacke entsprechende Verhaltensweisen zuzuordnen. Die zeitliche Einordnung muss in der Regel durch Hilfestellungen wie das Vorgeben von zeitlichen Anker-Ereignissen unterstützt werden.

Generalisierte Angststörung: Die generalisierte Angststörung (F41.1) bezieht sich auf einen chronischen und nicht periodisch auftretenden Angstzustand, der durch anhaltende Sorgen in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche und die Zukunft geprägt ist. Diese sind nicht an einen spezifischen Reiz gebunden und gehen in vielen Fällen mit körperlicher Anspannung, Schlafproblemen und einem übermäßigen Rückversicherungsverhalten einher. Zusätzlich liegt auch hier das für Angststörungen typische Vermeidungsverhalten vor, welches sich vor allem auf als potenziell bedrohlich eingeschätzte Gedanken, Situationen und Objekte bezieht. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kommt es neben dem subjektiven Erleben intensiver Sorgen oftmals zu motorisch unruhigen Verhalten, Zittern, Problemen mit Schlaf und Konzentration und einer hohen Irritabilität. Diese Verhaltensweisen können von außen in der Regel gut beobachtet werden. Die Bewertung des Vorliegens des kognitiven Kriteriums übersteigter und unkontrollierter Sorgen über verschiedene alltägliche Domänen kann hingegen deutlich erschwert sein. Für intellektuell beeinträchtigte Klient*innen selbst kann es unter Umständen nicht möglich sein, das Auftreten von nicht kontrollierbaren Sorgen zu erkennen und verbal zu beschreiben. Insbesondere bei schweren intellektuellen Beeinträchtigungen kann die klare Diagnose einer generalisierten Angststörung daher kaum möglich sein.

Trennungsangst: Im Kindesalter kann das Vorliegen einer Trennungsangst diagnostiziert werden. Im ICD-10 erfolgt dies über die Klassifikation als „Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters“ (F93.0). Diese umfasst eine übermäßige Angst bei der Trennung von den Bezugspersonen. Im frühesten Kindesalter ist diese Angstreaktion entwicklungsphasentypisch. Gelingt die Trennung von den Eltern allerdings auch in einem Alter von 3 oder 4 Jahren nicht ohne emotionale Belastung, kann dies auf das Vorliegen einer klinisch relevanten Trennungsangst im Sinne einer kindlichen Angststörung hinweisen. Diese führt in der Regel zu deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag des Kindes. So kann beispielsweise ein regelmäßiger Kindergarten- oder Schulbesuch erschwert sein und eine normative Entwicklung des Kindes dadurch verhindert werden. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung führt die Trennung von vertrauten Personen sehr häufig zu einer stark ausgeprägten Angst. Dabei spielt das emotionale Entwicklungsniveau eine zentrale Rolle. Befindet sich ein Patient mit intellektueller Beeinträchtigung auf einem eher niedrigen emotionalen Entwicklungsniveau, können auch bis ins Erwachsenenalter hinein noch klinisch relevante Trennungsängste auftreten.

INFO 2

B

Informationen über Angststörungen für Angehörige

Allgemeines:

Angststörungen kennzeichnen sich durch wiederholte und extreme Angstreaktionen, die der vorliegenden Situation nicht angemessen sind. Auf der Verhaltensebene äußert sich dies typischerweise in einer Vermeidung der angstbesetzten Stimuli, auf emotionaler Ebene in einem Gefühl von Angst und Panik, auf kognitiver Ebene in durch Sorgen und Furcht dominierten Gedankengängen und auf physiologischer Ebene im Erleben einer intensiven körperlichen Anspannung. Die Intensität dieser Reaktionen ist so extrem, dass erhebliche Beeinträchtigungen für den betroffenen Menschen entstehen können. Je nach angstausslösendem Stimulus werden verschiedene Angststörungen unterschieden. In der Psychotherapie und Medizin werden Agoraphobien, soziale Phobien, spezifische Phobien, Panikstörungen, generalisierte Angststörungen und die Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters unter dem Oberbegriff der Angststörung angeführt.

Agoraphobie: Bei einer Agoraphobie ist die Angst vor einem möglichen Angstanfall und einem damit einhergehenden Kontrollverlust zentral. Dies lässt sich als eine Angst vor der Angst umschreiben. Betroffene zeigen ein ausgeprägtes und generalisiertes Vermeidungsverhalten in Bezug auf bestimmte Orte und Situationen, wodurch sie im Extremfall nicht mehr die eigene Wohnung verlassen können. Die Lebensführung ist dadurch erheblich beeinträchtigt. Bei manchen Betroffenen tritt die Agoraphobie gemeinsam mit einer Panikstörung auf.

Soziale Phobie: Die soziale Phobie kennzeichnet sich durch eine übermäßige Angst vor Leistungs- oder interpersonellen Situationen aufgrund der Befürchtung, sich peinlich zu verhalten und dadurch von anderen abgelehnt oder negativ bewertet zu werden. Auch hier kommt es in der Regel zu einer Vermeidung der angstbesetzten sozialen Situationen und stark ausgeprägten körperlichen und kognitiven Symptomen. In Extremfällen kann dies zu einer vollkommenen sozialen Isolation führen

Spezifische Phobie: Bezieht sich die übermäßige Angst auf ein klar umschriebenes Objekt oder eine Situation, spricht man von einer spezifischen Phobie. Bei dieser kommt es zu einer unmittelbaren Angstreaktion bei Konfrontation mit dem angstbesetzten Stimuli, welche sich in einem starken Vermeidungsverhalten niederschlägt.

Panikstörung: Panikstörungen kennzeichnen sich durch wiederholte, zeitlich umgrenzte und plötzlich auftretende Anfälle akuter und extremer Angst, die nicht durch eine real vorliegende Gefahr verursacht werden und mit starken körperlichen und kognitiven Symptomen einhergehen. Wie bereits erwähnt kann eine Panikstörung an das zusätzliche Vorliegen einer Agoraphobie gekoppelt sein.

Generalisierte Angststörung: Die generalisierte Angststörung bezieht sich auf einen dauerhaften und nicht periodisch auftretenden Angstzustand, der durch anhaltende Sorgen in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche und die Zukunft geprägt ist. Diese sind nicht an einen spezifischen Reiz gebunden und gehen in vielen Fällen mit körperlicher Anspannung und Schlafproblemen sowie einem übermäßigen Rückversicherungsverhalten einher. Zusätzlich liegt auch hier das für Angststörungen typische Vermeidungsverhalten vor, welches sich hier vor allem auf als potenziell bedrohlich eingeschätzte Gedanken, Situationen und Objekte bezieht.

Trennungsangststörung: Die Trennungsangststörung wird üblicherweise im Kindesalter diagnostiziert. Bei intellektuell beeinträchtigten Menschen kann sie aufgrund der generellen Entwicklungsverzögerungen aber bis ins Erwachsenenalter hinein auftreten. Das Störungsbild umfasst eine übermäßige Angst bei der Trennung von den Bezugspersonen. Diese führt in der Regel zu deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag und erschwert eine normative Entwicklung.

Besonderheiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung:

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können in einer vergleichbaren Form an Angststörungen erkranken wie durchschnittlich intelligente Menschen. Studienergebnisse weisen sogar darauf hin, dass bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Angststörungen und allgemeine Ängste deutlich häufiger vorliegen. Besonders oft scheinen spezifische Phobien aufzutreten. Die Erscheinungsform von Angststörungen kennzeichnet sich bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in vielen Fällen durch andere Symptome als bei durchschnittlich intelligenten Menschen. Hinweise auf das Auftreten von Angst bei einer intellektuell beeinträchtigten Person können vor allem aus körperlichen Reaktionen und bestimmten Verhaltensweisen abgeleitet werden. Oftmals kommt es zu motorisch unruhigen Verhalten, Zittern, Problemen mit Schlaf und Konzentration, Mundtrockenheit, Schweißausbrüchen, Kopfschmerzen und einer hohen Reizbarkeit. Reizbarkeit und Unruhe können sich auch in aggressiven und destruktiven Verhaltensweisen gegenüber der eigenen Person oder dem Umfeld äußern. Eine Einsichtsfähigkeit in das geringe Gefahrenpotenziale der Angstinhalte und die Übermäßigkeit der Angst ist in vielen Fällen nicht gegeben. Zusätzlich bezieht sich die Angst bei intellektuell beeinträchtigten Menschen oft auf andere Inhalte als bei durchschnittlich intelligenten Menschen. Meist stehen reale Situationen und Objekte im Zentrum, irrationale Ängste treten seltener auf. Typische angstbesetzte Inhalte sind beispielsweise Dunkelheit, Gewitter, Hunde, Arztbesuche, Spritzen oder die Trennung von vertrauten Personen.

INFO 3

T

Durchführung psychoedukativer Sitzungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen

Ziele:

- Klient*innen und gegebenenfalls deren Bezugspersonen sind über allgemeine Aspekte von Angststörungen informiert
- Klient*innen können ihre individuellen Angstauslöser, -symptome und -verhaltensweisen erkennen und in einen Zusammenhang stellen

Anpassung der Darstellungsform: Damit intellektuell beeinträchtigten Klient*innen ein Verständnis psychoedukativer Inhalte ermöglicht werden kann, müssen diese in ihrer Darstellungsform angepasst werden. Setzen Sie sich zum Ziel, theoretische Annahmen und Überlegungen in ihrer Komplexität zu vereinfachen und auf das Wesentliche zu reduzieren. Grundlegend ist eine Anpassung des eigenen Sprachniveaus. Achten Sie auf ein langsames Sprechtempo und verwenden Sie nach Möglichkeit kurze und eindeutige Sätze mit einfachen Worten. Gegebenenfalls kann es erforderlich sein, wichtige inhaltliche Punkte mehrmals zu wiederholen- es bietet sich vor allem zu Beginn einer Sitzung an, die wichtigsten besprochenen Inhalte der vorherigen Sitzung nochmals gemeinsam durchzugehen. Bei der Informationsvermittlung sollte für eine Erleichterung des Verständnisses immer auf Visualisierungen zurückgegriffen werden. Diese können auch gemeinsam mit der zu behandelnden Person auf eine spielerische und individuelle Art erstellt werden. Allgemeine Erläuterungen sollten außerdem mit konkreten Beispielen angereichert werden. Auch fiktive Geschichten über Menschen, die ihre Angst bewältigen, bieten einen weiteren Ansatzpunkt für eine angemessene Vermittlung der Inhalte- hier dürfen Sie kreativ sein! Zusätzlich kann der Einbau von interaktiven Elementen (Rollenspiele, Quizfragen) eine spielerische Beschäftigung mit den psychoedukativen Inhalten ermöglichen. Um die besprochenen Inhalte auf das persönliche Leben von Klient*innen zu übertragen, bieten sich therapeutische Hausaufgaben an. Hierfür kann ein Angsttagebuch (AB 8) eingeführt werden, mit dem Klient*innen ihr individuelles Angsterleben protokollieren und dadurch in ihrer Selbstwahrnehmung gefördert werden können. Das Angsttagebuch kann Ihnen auch Hinweise auf angstbesetzte Ereignisse im Wochenverlauf Ihrer Klient*innen liefern, die dann in den Therapiesitzungen besprochen werden können. Dabei sollte versucht werden, Antezedenten des Angsterlebens zu identifizieren. Abschließend ist ein Einbezug von Bezugspersonen in die Psychoedukation zu empfehlen. Eine umfangliche Aufklärung über Angststörungen kann es für Bezugspersonen erleichtern, das Verhalten der zu behandelnden Person verstehen und diese in ihrem Alltag unterstützen zu können. Bemühen Sie sich daher nach Möglichkeit, auch die Bezugspersonen mit psychoedukativen Informationen zu versorgen. Hierfür können Sie das Infoblatt 2 heranziehen. Insgesamt kann die Psychoedukation mit intellektuell beeinträchtigten Klient*innen aufgrund der erforderlichen Anpassungen mehr Zeit als üblich erfordern. Planen Sie daher gegebenenfalls mehr psychoedukative Sitzungen ein als bei durchschnittlich intelligenten Klient*innen.

Anpassung der Inhalte: Grundsätzlich können mit intellektuell beeinträchtigten Klient*innen die gleichen psychoedukativen Inhalte wie mit durchschnittlich intelligenten Klient*innen besprochen werden. Anfangs

sollten allgemeine Informationen über Angststörungen vermittelt werden. Was ist Angst und ab wann kann Angst krankhaft werden? Was ist die Funktion von Angst? Hierfür können Sie das in leichter Sprache verfasste AB 1 heranziehen. Weisen Sie darauf hin, dass Angst eine wichtige und gesunde Emotion ist, deren Auftreten manchmal ganz normal ist und die uns in potentiellen Gefahrensituationen schützen soll. Gleichzeitig gibt es aber auch eine extreme und übertriebene Angst, die der Situation nicht angemessen ist und zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag führt- in diesem Falle spricht man von einer Angststörung. Zu Beginn der Psychoedukation ist es auch von entscheidender Bedeutung, eine einheitliche Terminologie einzuführen: Was versteht man unter Angst? Was ist eine Angststörung? Stellen Sie sicher, dass Sie und ihre Klient*in über ein gemeinsames Verständnis des Angstbegriffs verfügen. Unter Umständen kann es sein, dass Klient*innen einen anderen Begriff wie beispielsweise „Sorgen“ oder „Stress“ gegenüber „Angst“ bevorzugen- passen Sie sich hier an Ihre Klient*in an und wenden Sie die gemeinsam festgelegten Begriffe dann konsequent an. Aufbauend auf den allgemeinen Informationen gilt es anschließend, das persönliche Angsterleben nach und nach zu explorieren und mit psychoedukativen Inhalten zu integrieren. Zunächst kann gemeinsam mit der Klient*in besprochen werden, wodurch die Angst eigentlich ausgelöst wird (AB 2). Anschließend gilt, es den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten im Kontext des Angsterlebens gemeinsam herauszuarbeiten. Um diesen möglichst vereinfacht darzustellen, empfiehlt sich ein schrittweises Vorgehen. In diesem Sinne können die drei Komponenten der Angst (Körpersymptome, Gedanken, Verhalten) zu Beginn einzeln betrachtet werden. Die Arbeitsblätter 3, 4 und 5 zielen jeweils auf eine einzelne Angstkomponente ab und können als Orientierung herangezogen werden. Für die darauf aufbauende Herausarbeitung des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Angstkomponenten können Sie mit AB 6a zunächst auf den Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen fokussieren. Besprechen Sie gemeinsam mit Ihrer Klient*in, zu welchen Gefühlen die abgedruckten Gedanken führen und symbolisieren Sie dies durch das Aufmalen eines traurigen oder fröhlichen Mundes in die vorgedruckten Gesichter. Anschließend können Sie mit dem Arbeitsblatt 6b das aus der Angst resultierende Verhalten zusätzlich mit in die Überlegungen aufnehmen. Eine Zusammenfassung der mit den Arbeitsblättern 3 bis 6 erarbeiteten Inhalte kann über das Ausfüllen und Besprechen des Angst-Kreislaufs (AB 7) erfolgen. Dabei können bereits erste Überlegungen über die langfristig negativen Konsequenzen des im Rahmen der Expositionsübungen fokussierten Vermeidungsverhalten durchgeführt werden.

Hinweise zum Einsatz der Arbeitsmaterialien: Beim Rückgriff auf die angeführten psychoedukativen Materialien und Inhalte sollten Sie immer das kognitive Leistungsvermögen ihrer Klient*in berücksichtigen. Generell müssen Umfang und Tiefe der Psychoedukation immer individuell angepasst werden- hier können große Unterschiede vorliegen! Bei introspektiven und selbstreflektiven Schwierigkeiten bietet es sich an, den Schwerpunkt der Psychoedukation auf die physiologischen und verhaltensbezogenen Aspekte von Angststörungen zu legen. Eine umfangreiche Bearbeitung von Gedanken und kognitiven Verzerrungen kann unter Umständen überfordernd sein. Dementsprechend können die Arbeitsblätter 4, 6 und 7 möglicherweise nicht bei allen Klient*innen sinnvoll eingesetzt werden. Eine Förderung der Selbstwahrnehmung in Bezug auf die eigenen Angstauslöser und körperlich wahrnehmbare Effekte von Angst sollte dann im Mittelpunkt der Psychoedukation stehen.

Das Wichtigste zusammengefasst:

- Verwenden Sie für eine vereinfachte Vermittlung psychoedukativer Inhalte Visualisierungen und greifen Sie auf konkrete Beispiele oder fiktive Geschichten zurück.
- Passen Sie Ihre Sprache an und achten Sie auf ein langsames Sprechtempo mit kurzen und einfachen Sätzen.
- Lassen Sie sich Zeit für die Vermittlung der Inhalte und wiederholen Sie wichtige Punkte gegebenenfalls mehrmals.
- Setzen Sie interaktive Elemente für die Wissensvermittlung ein, mit denen Sie ihre Klient*innen aktiv einbinden können.
- Legen Sie den Schwerpunkt zunächst auf die verhaltensbezogenen und physiologischen Komponenten von Angst und nicht auf eventuell vorliegende kognitive Verzerrungen.
- Hausaufgaben können eine Übertragung der psychoedukativen Inhalte auf den persönlichen Alltag erleichtern.
- Der Einbezug von Bezugspersonen in die Psychoedukation kann diesen dabei helfen, Klient*innen im Alltag besser unterstützen zu können.
- Umfang und Tiefe der psychoedukativen Inhalte müssen immer an die individuellen Klient*innen angepasst werden.

AB 1

K

Was ist Angst?

Die Angst ist eine Emotion.

Emotion ist ein anderes Wort für Gefühl.

Wenn man Angst hat, fühlt man etwas im Körper.

Die Angst macht auch, dass man bestimmte Dinge denkt.

Und dass man bestimmte Dinge macht.



Die Angst hat eine wichtige Aufgabe:

Sie warnt uns vor Gefahren.

Wenn man in Gefahr ist, dann sagt die Angst dem Körper, dass er wegrennen oder sich verteidigen soll.

Die Angst will uns beschützen.

Manchmal Angst haben ist normal.

Wenn man aber die ganze Zeit sehr viel Angst hat

Und auch Angst vor Dingen hat, die nicht gefährlich sind, dann ist man krank.

Dann sagt man, der Mensch hat eine Angst-Störung.

Angst-Störung ist eine Krankheit.

Eine Angst-Störung haben viele Menschen.

Eine Angst-Störung kann gut behandelt werden.

Dafür geht man zu einem Psycho-Therapeuten.

Psycho-Therapeut ist ein schwieriges Wort.

Man spricht es so: Psü – cho – tera – peut.

Der Psycho-Therapeut kann bei Angst-Störungen helfen.

AB 2

K

Meine Angst-Auslöser

Man kann vor vielen Dingen Angst haben.

Zum Beispiel vor Hunden oder Spinnen.

Man kann auch vor Situationen Angst haben.

Zum Beispiel vor Prüfungen oder Gesprächen mit anderen Menschen.

Diese Dinge oder Situationen sind dann Angst-Auslöser.

Das heißt, dass sie Angst auslösen können.

Wenn man diese Dinge sieht oder diese Situationen erlebt,
bekommt man Angst.

Was sind Ihre Angst-Auslöser?

Überlegen Sie mal.

Auf der nächsten Seite sehen Sie verschiedene Vorschläge.

Dort können Sie ankreuzen, was Ihnen Angst macht.

Sie können auch selbst etwas aufmalen.

Dafür ist noch Platz.





Spinne



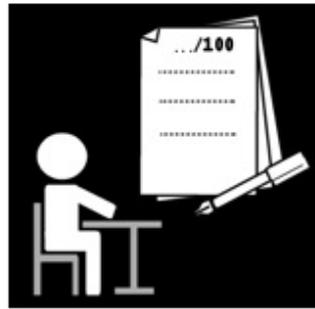
Spritze



Hund



Flugzeug



Prüfung



Viele Menschen



Dunkelheit



Vortrag halten



Arztbesuch



AB 3

K

Meine Angst-Gefühle

Wenn man Angst hat,
fühlt man etwas in seinem Körper.
Oft schwitzt man und zittert.
Manchmal wird man rot.
Oder das Herz schlägt schnell.
Das sind Angst-Gefühle.

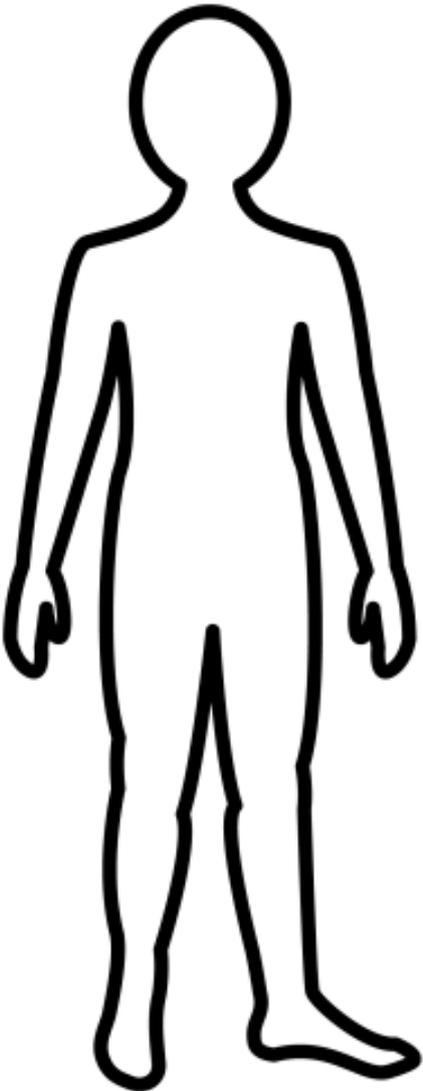
Was fühlen Sie in Ihrem Körper, wenn sie Angst haben?
Was sind Ihre Angst-Gefühle?
Überlegen Sie mal.

Auf der nächsten Seite können Sie Ihre Angst-Gefühle aufschreiben.
Unten sehen Sie ein Bild von einem Körper.
Dort können Sie aufmalen,
wo in Ihrem Körper Sie etwas fühlen, wenn Sie Angst haben.



Wenn ich Angst habe, fühle ich...

- _____
- _____
- _____
- _____



AB 4

K

Meine Angst-Gedanken

Die Angst macht, dass man bestimmte Dinge denkt.

Das sind dann Angst-Gedanken.

Zum Beispiel kann man denken,
dass man etwas nicht schaffen kann.

Dass man von anderen Menschen ausgelacht wird.

Oder dass etwas ganz gefährlich ist und weh tun wird.

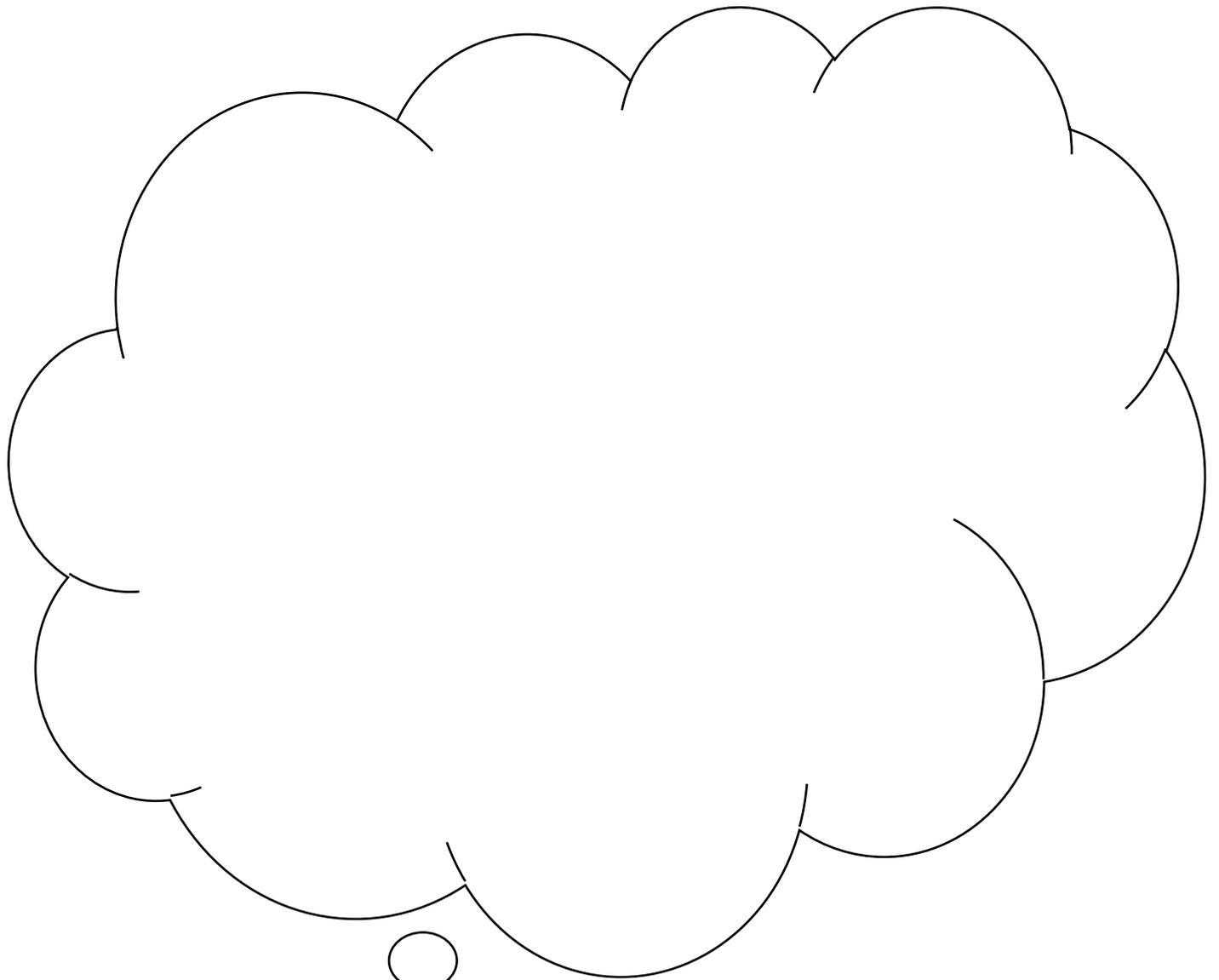
Was denken Sie, wenn Sie Angst haben?

Was sind Ihre Angst-Gedanken?

Auf der nächsten Seite können Sie Ihre Angst-Gedanken aufschreiben.

Ihr Therapeut hilft Ihnen dabei.





AB 5

K

Mein Angst-Verhalten

Wenn man Angst hat,
dann macht man bestimmte Dinge.
Viele Menschen rennen dann weg.
Oder fangen an zu weinen.
Oder werden sehr wütend.
Das ist Angst-Verhalten.



Was machen Sie, wenn Sie Angst haben?



Was ist Ihr Angst-Verhalten?

Überlegen Sie mal.

Und schreiben Sie es dann unten auf.

Ihr Therapeut hilft Ihnen dabei.



AB 6

K

Gedanken – Gefühle – Verhalten

Sie haben schon gelernt,
was Ihre Angst-Auslöser sind.
Dann haben Sie gelernt,
was Ihre Angst-Gefühle sind.
Und was Ihre Angst-Gedanken sind.
Und was Ihr Angst-Verhalten ist.

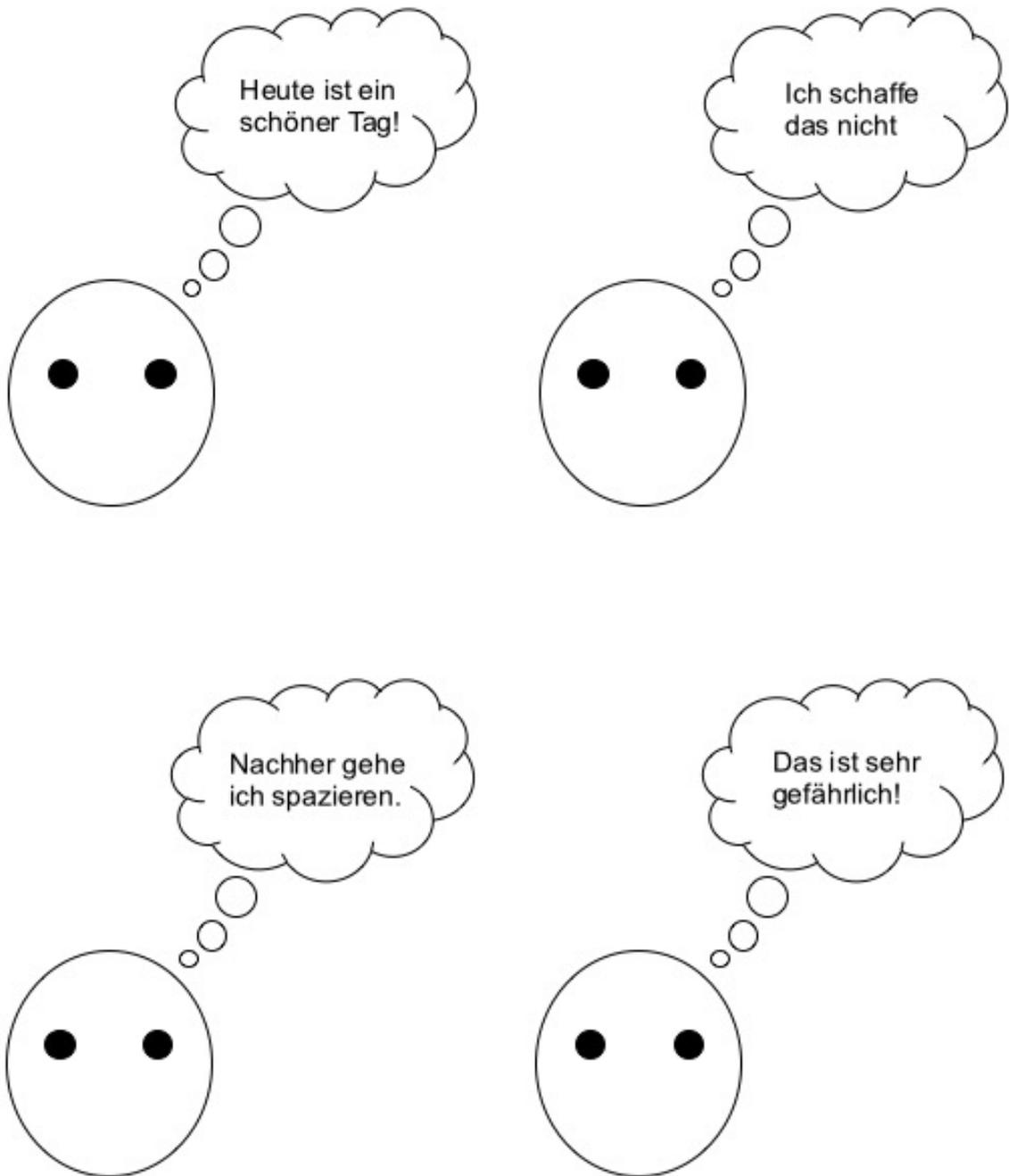
Jetzt wollen wir schauen,
wie das alles zusammenhängt.
Oft ist es nämlich so,
dass Angst-Gedanken, Angst-Gefühle und Angst-Verhalten
miteinander zusammenhängen.

Auf den nächsten Seiten können Sie sich das mal anschauen.
Ihr Therapeut hilft Ihnen dabei.

AB 6a

K

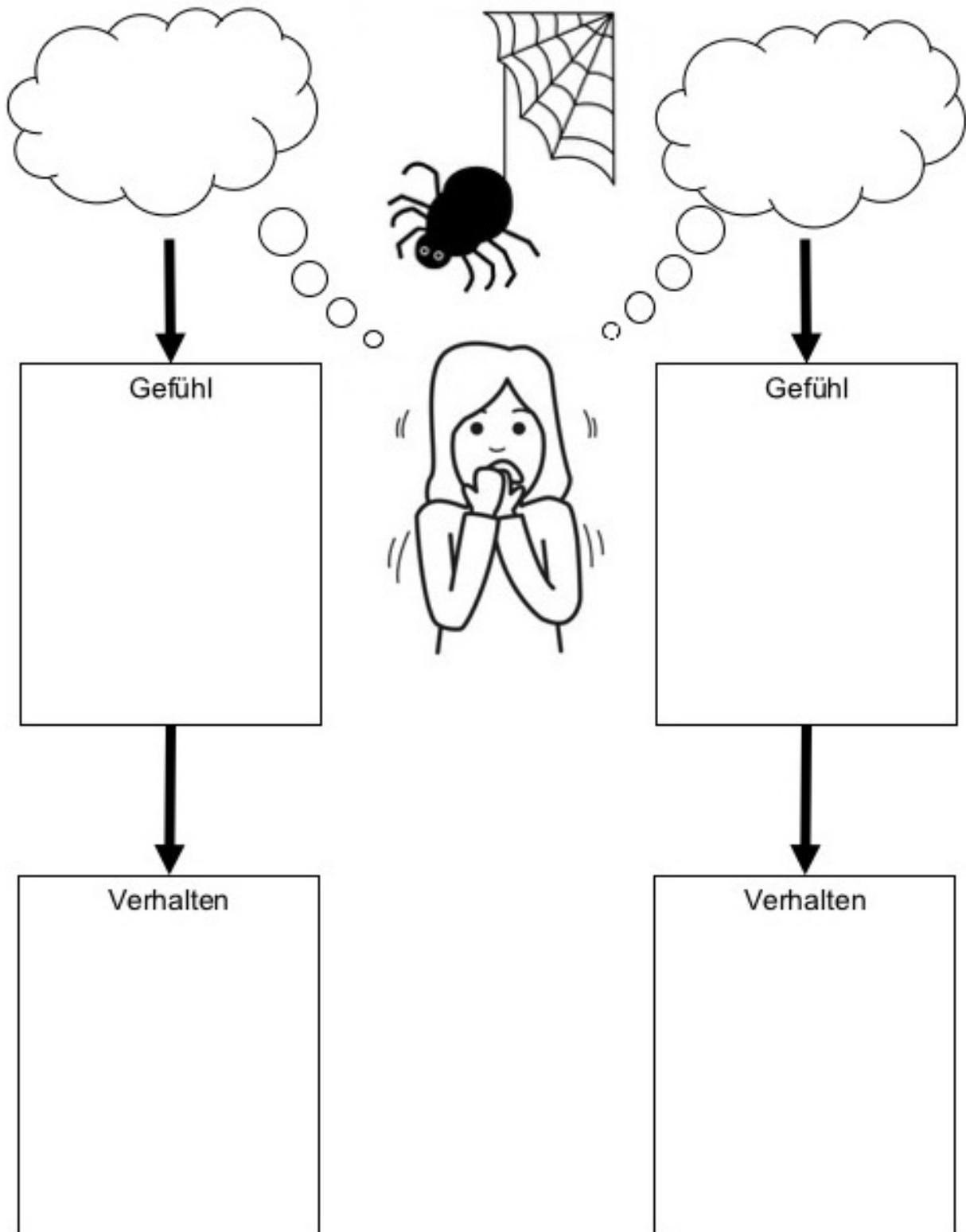
Gedanken – Gefühle



AB 6b

K

Gedanken – Gefühle – Verhalten



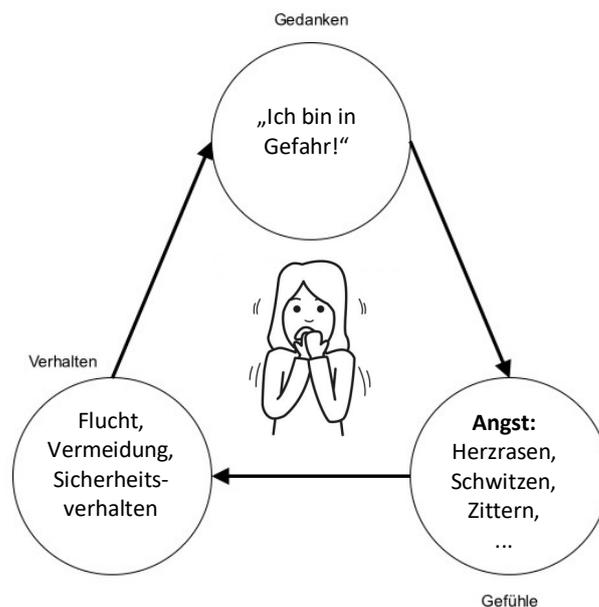
AB 7

Angst-Kreislauf

T

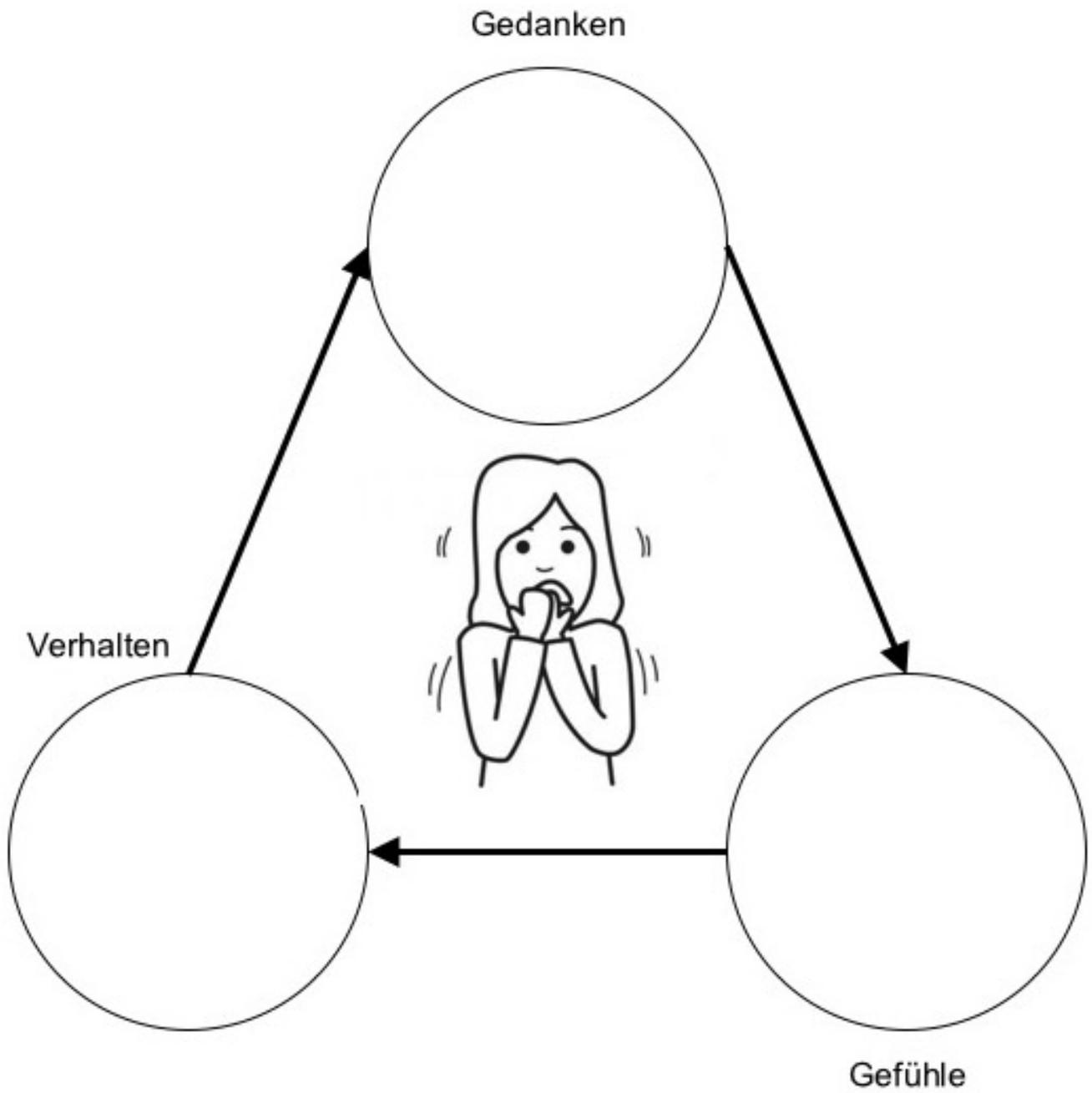
Grundannahmen: Der Angst-Kreislauf beruht auf dem psychophysiologischen Modell der Panikstörung und kann für eine Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angstanfällen herangezogen werden. Grundlegend ist ein Zusammenspiel der bereits besprochenen Angstkomponenten: Gefühle (körperliche Reaktionen), Gedanken und Verhalten. Am Anfang steht der Gedanke, dass man sich in Gefahr befindet und etwas Schlimmes passieren könnte. Dieser Gedanke muss aber nicht der Realität entsprechen. Er kann auch durch externe Faktoren (körperliche Erschöpfung, unbestimmt auftretende körperliche Symptome) oder interne Faktoren (grundsätzliches Angstlevel, akut belastende Lebensereignisse) ausgelöst werden. Der Gefahr-Gedanke löst dann eine Angstreaktion aus. Es kommt zu weiteren körperlichen Veränderungen (Gefühlen) wie Herzrasen, Zittern oder Schwitzen. Diese werden wiederum wahrgenommen und mit Gefahr assoziiert. Die Angst nimmt dadurch immer mehr zu, es kommt zu einem Aufschaukelungsprozess. Durch diesen werden als angstreduzierend wahrgenommene Verhaltensweisen durchgeführt: eine Flucht aus der Situation, die Anwendung von Sicherheitsverhalten oder eine zukünftige Vermeidung der auslösenden Situation. Dadurch kann die Angst zwar möglicherweise kurzfristig reduziert werden. Langfristig wird sie allerdings aufrechterhalten und der „Teufelskreis“ kann nicht durchbrochen werden.

Hinweise für die Bearbeitung: Die Besprechung des Angstkreislaufs mit intellektuell beeinträchtigten Menschen muss auf einem stark vereinfachten und individualisierten Niveau erfolgen. Unter Umständen kann es Klient*innen schwerfallen, die einzelnen Angst-Komponenten in einen Zusammenhang zu stellen. Achten Sie auf eventuelle Verständnisschwierigkeiten und vertrauen Sie auf Ihr therapeutisches Gespür. Ist die Besprechung des Angstkreislaufs Ihres Eindrucks nach überfordernd, sollte auf eine ausführliche Bearbeitung verzichtet werden.



AB 7

Angst-Kreislauf



AB 8

Angst-Tagebuch

K

Wochentag 	Angst?			Was ist passiert?
Montag	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input checked="" type="checkbox"/> viel	
Dienstag	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input checked="" type="checkbox"/> viel	
Mittwoch	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input checked="" type="checkbox"/> viel	
Donnerstag	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input checked="" type="checkbox"/> viel	
Freitag	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input checked="" type="checkbox"/> viel	
Samstag	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input checked="" type="checkbox"/> viel	
Sonntag	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input checked="" type="checkbox"/> viel	

KAPITEL 2

Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen

Expositionsübungen als zentraler Therapiebaustein bei der Behandlung von Ängsten:

Auch bei intellektuell beeinträchtigten Menschen stellen Expositionsübungen einen zentralen Bestandteil der Psychotherapie von Angststörungen dar (Jennett & Hagopian, 2008). Die strukturierte Konfrontation mit angstbesetzten Reizen im Rahmen der Exposition soll Klient*innen die Erfahrung ermöglichen, dass sie die Angstsituation ohne das Auftreten von Aversionen und ohne den Einsatz von Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten bewältigen können. Durch die damit einhergehende Erkenntnis, dass die Angst in einer gefürchteten Situation mit der Zeit von alleine und ohne das Eintreten der anfänglichen Befürchtungen abnimmt, wird sowohl die Assoziation zwischen Angstreizen und aversiven Inhalt als auch die negative Verstärkung von Vermeidungsverhalten zunehmend aufgelöst (Domschke & Hoyer, 2019).

Besonderheiten bei Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Klienten:

Damit Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Klient*innen erfolgreich durchgeführt werden können, sind einige Besonderheiten zu beachten. Grundsätzlich gilt es, die Behandlung an die kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten anzupassen (Došen, 2018; Hurley et al., 1998). Ein flexibles und kreatives Vorgehen ist erforderlich, um Klient*innen auf einer geeigneten Interaktionsebene begegnen zu können. Für Expositionsübungen ergeben sich daraus die folgenden praktischen Empfehlungen (siehe Jennett & Hagopian, 2008):

Durchführung der Exposition in-vivo: Aufgrund der in der Regel reduzierten Imaginations- und Verbalisationsfähigkeiten intellektuell beeinträchtigter Menschen empfiehlt es sich, die Exposition nach Möglichkeit in vivo und nur in Ausnahmefällen in sensu durchzuführen. Bei deren Planung ist eine Vorbesprechung von entscheidender Bedeutung. Es sollte versucht werden, sowohl das Rational als auch den Ablauf der geplanten Konfrontationsstunden in einer leicht verständlichen Art und Weise darzustellen. Klient*innen sollten dadurch nachvollziehen können, dass eine Angstbewältigung nur durch eine Konfrontation mit den Angstgehalten erfolgen kann.

Graduelles Vorgehen: Für die Expositionsbehandlung von intellektuell beeinträchtigten Klient*innen wird ein graduelles Vorgehen empfohlen. Dies bedeutet, dass sich die Konfrontation sukzessive von weniger angstbesetzten Reizen hin zu stark angstbesetzten Reizen vorarbeitet. Für die Planung des graduellen Vorgehens ist die Entwicklung einer Angsthierarchie erforderlich. Für diese müssen verschiedene Angststimuli zunächst identifiziert und anschließend nach der mit ihnen verknüpften Intensität der Angst in einer Rangordnung sortiert werden. Diese bietet dann die Grundlage des graduellen Vorgehens.

Einsatz differentieller Verstärkungsstrategien: Eine besondere Bedeutung kommt der positiven Verstärkung des erwünschten Zielverhaltens während der Exposition zu. Das Auftreten des gewünschte Annäherungsverhalten

oder die Abwesenheit des unerwünschten Vermeidungsverhaltens sollten immer gezielt verstärkt werden. Neben sozialen Verstärkern im Sinne von verbalem Lob und bestätigenden Gesten bietet es sich an, auch auf materielle Verstärker zurückzugreifen. Kommt es zum Auftreten von vermeidenden Verhaltensweisen, sollten diese nach Möglichkeit nicht durch übermäßige Aufmerksamkeit oder ein sofortiges Beenden der Angstsituation negativ verstärkt werden. Die positive Verstärkung einer Annäherung sollte immer größer sein, als die negative Verstärkung einer Vermeidung. In Anpassung an die individuelle Person kann außerdem in Erwägung gezogen werden, einen freien Zugang zu ablenkenden und ermutigenden Stimuli während der Expositionsübungen zu ermöglichen.

Lernen am Modell und Einsatz von Hilfestellungen: Ein direktives Vorgehen mit Hilfestellungen und Anleitungen kann bei der Durchführung der Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Klient*innen erforderlich sein. Eine Annäherung an die Angstreize sollte nach Möglichkeit durch die Therapeut*in oder andere beteiligte Personen modelliert werden. Dies ermöglicht es Klient*innen, einen angemessenen Umgang mit den Angstgehalten zu beobachten. Des Weiteren kann es erforderlich sein, Klient*innen während der Exposition durch verbale oder physische Hilfestellungen und gegebenenfalls durch ein direktes Anleiten gezielt zu unterstützen. Impulsiven Fluchtreaktionen sollte im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten vorgebeugt werden. In schweren Fällen kann hierfür das physische Blockieren von Fluchtwegen in Erwägung gezogen werden.

Einbezug von Bezugspersonen: Ein Einbezug von Bezugspersonen kann sowohl für die Planung und Umsetzung der Expositionsbehandlung als auch für eine Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge notwendig sein. Das Einverständnis der Klient*in vorausgesetzt können Bezugspersonen sowohl als Informationsquellen für die Entwicklung von Angsthierarchie und Verstärkerplänen als auch als Co-therapeuten in die Therapie integriert werden. Es bietet sich daher an, auch die Bezugspersonen über die Expositionsbehandlung und deren Ziele aufzuklären. Hierdurch kann die Umsetzung der erarbeiteten Fortschritte im Lebensalltag der Klient*in erleichtert werden.

Überblick Arbeitsmaterialien:

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht über die Arbeitsmaterialien, die Sie für die Planung und Durchführung von Expositionsübungen anhand der beschriebenen Empfehlungen heranziehen können:

- Info 4 (T): *Vorbereitung von Expositionsübungen.* Auf diesem Informationsblatt finden Therapeut*innen ausführliche Hinweise für die Vorbereitung von Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Klienten.
- Info 5 (B): *Angstbewältigung in der Psychotherapie.* Dieses Informationsblatt erklärt Bezugspersonen das Vorgehen bei der psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen. Es enthält Informationen über das Rational und den Ablauf von Expositionsübungen und erläutert die Rolle von Bezugspersonen innerhalb der Expositionsbehandlung.

- AB 9 (K): *Meine Angst-Kurve*. Mit diesem Arbeitsblatt können Klient*innen ihre Angstverläufe visuell festhalten. Darauf aufbauend kann das Rational von Expositionsübungen gemeinsam herausgearbeitet werden.
- AB 10 (K): *Wie Sie eine Angst-Störung bewältigen können*. Dieses Informationsblatt kann für eine vereinfachte Erklärung des Rationals von Expositionsübungen an Klient*innen ausgegeben werden.
- AB 11 (K): *Angstthermometer*. Das Angstthermometer kann als visualisierende Unterstützung für die Erfassung des Angstlevels bei Konfrontation mit angstbesetzten Stimuli herangezogen werden
- AB 12 (K) *Skala für Angst-Intensität*. Als Alternative zum visualisierten Angstthermometer wird des Weiteren eine Rating-Skala für eine Bewertung der Angst-Intensität angeboten.
- AB 13 (B) *Fragebogen zu Angstgehalten*. Mit diesem Fragebogen kann die Einschätzung von Bezugspersonen über eine sinnvolle Hierarchisierung der Angstinhalte innerhalb der Expositionsbehandlung ermittelt werden.
- AB 14 (K): *Belohnungen für das Mutig-Sein*. Mit diesem Arbeitsblatt können mögliche Verstärker für die Durchführung der Expositionsübungen identifiziert werden.
- AB 15 (B): *Fragebogen zu Vorlieben*. Dieser Fragebogen kann an Bezugspersonen ausgegeben werden, um weitere potentielle Verstärker aus deren Perspektive zu identifizieren.
- AB 16 (K) *Angst-Vertrag*. Mit diesem Vertrag kann die Abmachung zwischen Klient*in und Therapeut*in zur gemeinsamen Durchführung von Expositionsübungen symbolisch festgehalten werden.
- AB 17 (K): *Aufgaben bei der Exposition*. Auf dieser Checkliste sind die wichtigsten Infos für das Verhalten während einer Expositionsübung in leichter Sprache zusammengefasst.
- Info 6 (T): *Durchführung von Expositionsübungen*. Dieses Informationsblatt soll Therapeut*innen eine Orientierung für die Durchführung von Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Klient*innen bieten. Es werden Hinweise über Besonderheiten sowie konkrete Verhaltensempfehlungen gegeben.
- AB 18 (K): *Mein Übungs-Tagebuch*. Mithilfe des Übungs-Tagebuchs können Klient*innen selbstständig oder mithilfe ihrer Bezugspersonen dokumentieren, welche zusätzlichen Übungen sie zwischen den Therapiesitzungen durchgeführt haben.

INFO 4



Vorbereitung von Expositionsübungen

Ziele:

- Klient*innen und gegebenenfalls das Umfeld können nachvollziehen, warum Expositionsübungen für eine Bewältigung der Angst notwendig sind.
- Es wird eine klare Vereinbarung für die gemeinsame Durchführung von Expositionsübungen getroffen.
- Verschiedene angstbesetzte Reize werden innerhalb einer Angsthierarchie sortiert.
- Potentielle und während der Exposition einsetzbare Verstärker werden identifiziert.

Rational von Expositionsübungen: Bevor Sie eine Expositionsübung mit einer intellektuell beeinträchtigten Person durchführen, sollte gemeinsam herausgearbeitet werden, warum sich die Klient*in den Angstgehalten stellen sollte. Es gilt, das Rational von Expositionsübungen auf eine leicht verständliche Art zu vermitteln. Wie auch bei durchschnittlich intelligenten Menschen kann dies über die Betrachtung des Angstverlaufs in einer typischen angstausslösenden Situation erfolgen. Es bietet sich an, den Verlauf der Angst in einer Angstkurve zu visualisieren (AB 1). Anhand der aufgemalten Angstkurve sollten Sie insbesondere auf die Funktion des Vermeidungsverhaltens eingehen. Erarbeiten Sie gemeinsam mit Ihrer Klient*in, dass die Vermeidung der Angstinhalte zwar zu einer kurzfristigen Reduktion der Angst im Sinne eines Abflachens der Angstkurve führt, die Angstsymptomatik dadurch langfristig aber gleich stark bleibt oder sogar stärker wird. Verwenden Sie gegebenenfalls mehrere Ausdrücke des AB 1 für einen Vergleich verschiedener Angstkurven in Abhängigkeit des gezeigten Verhaltens. Nutzen Sie die Angstkurven, um ihrer Klient*in vor Augen zu führen, dass die Angst nur durch eine wiederholte Konfrontation und nicht durch den Einsatz von Vermeidungsverhalten kleiner werden kann. Weisen Sie darauf hin, dass dies viel Geduld und wiederholtes Üben erfordert und achten Sie bei Ihren Erklärungen auf eine einfache Sprache mit einem langsamen Sprechtempo und kurzen Sätzen. Bei manchen Klient*innen kann der Einsatz von fiktiven Geschichten über Menschen, die ihre Angst bewältigen, hilfreich sein. Das in leichter Sprache verfasste AB 2 über das Rational von Expositionsübungen können Sie zusätzlich an Klient*innen ausgeben. Um zu prüfen, ob das Prinzip und der Ablauf der Exposition verstanden wurde, sollten Sie Ihre Erklärungen in eigenen Worten wiederholen lassen. Nehmen Sie sich bei Missverständnissen die Zeit, die Inhalte auch mehrmals zu erklären. Darauf aufbauend sollten Sie eine klare Vereinbarung für die Durchführung von Expositionsübungen treffen. Sichern Sie Ihrer Klient*in Ihre Unterstützung bei den Expositionsübungen zu und bemühen Sie sich um eine positive und motivationsförderliche Haltung. Einer tragfähigen therapeutischen Beziehung kommt jetzt eine große Bedeutung zu! Sie können den Angst-Vertrag (AB 8) heranziehen, um die Einwilligung Ihrer Klient*in, sich der Angst zu stellen, symbolisch festzuhalten. Es bietet sich darüber hinaus an, die Bezugspersonen oder andere vertraute Personen ebenfalls über das Rational von Expositionsübungen aufzuklären. Dies ist insbesondere dann erforderlich, wenn ein Verständnis des Ablaufs der Expositionssitzungen durch die Klient*in nicht sichergestellt werden kann. Hierfür können Sie das Infoblatt 2 verwenden.

Angsthierarchie: Für die empfohlene graduelle Durchführung einer Exposition müssen Sie die angstbesetzten Reize zunächst in einer individuellen Angsthierarchie nach der mit ihnen verbundenen Angstintensität sortieren. Dabei kann ein stark direktives Vorgehen erforderlich sein. Bringen Sie auf Basis Ihrer Kenntnisse über die Angstsymptomatik Ihrer Klient*in gegebenenfalls selbst Vorschläge für angstbesetzte Reize und Aktivitäten ein und fragen Sie nach der damit verbundenen Angstreaktion. Das Angstthermometer (AB 3) oder die Rating-Skala (AB 4) können eine Erfassung der Angstintensität erleichtern. Die Entwicklung der Angsthierarchie kann auch auf eine spielerische Art und Weise erfolgen- hier sind Ihrer Kreativität keine Grenzen gesetzt! In der Praxis hat sich beispielsweise der Einsatz von Karteikarten oder Post-It Zetteln, auf denen verschiedene Angstinhalte schriftlich oder symbolisch festgehalten und anschließend in die Kategorien „wenig Angst“, „bisschen Angst“ und „viel Angst“ einsortiert werden, bewährt. Achten Sie bei der Besprechung der Angstinhalte immer auf das gezeigte Verhalten Ihrer Klient*in und versuchen Sie, offene Anzeichen von Angst und Vermeidung genau zu registrieren. Diese bieten wichtige Informationen für die Angsthierarchie. Bei Klient*innen, die selbst nicht ausreichend verbal über ihre Angstinhalte berichten, kann schon im Rahmen der Exploration eine Konfrontation mit leicht angstausslösenden Reizen, beispielsweise Fotos der Angstinhalte, eingebaut werden. Lassen sich bereits hier Angstreaktionen und vermeidenden Verhaltensweisen beobachten, können Sie diese als Baseline für die weitere Entwicklung der Angsthierarchie heranziehen. Nutzen Sie all Ihre gewonnenen Eindrücke. Beim Vorliegen kommunikativer Schwierigkeiten bietet es sich außerdem an, von Bezugs- oder anderen nahestehenden Personen erbrachte Informationen für die Hierarchisierung der Angstinhalte heranzuziehen. Dies kann über einen einfachen Fragebogen (AB 5) erfolgen.

Identifikation von Verstärkern: Für eine erfolgreiche Exposition ist die positive Verstärkung der Annäherung an die Angstinhalte von entscheidender Bedeutung. Geeignete Verstärker müssen deshalb zunächst ermittelt werden. Besprechen Sie mit Ihrer Klient*in, welche Dinge oder Aktivitäten als angenehm empfunden werden und als Belohnung während und nach der Exposition erwünscht sind. Bei Klient*innen mit guten sprachlichen Fähigkeiten kann dies durch ein direktes Erfragen erfolgen. Für eine strukturierte Erfassung kann Ihnen das AB 6 eine Hilfestellung bieten. Geben Sie Klient*innen dabei immer die Möglichkeit, individuelle Wünsche für Belohnungen einzubringen. Gegebenenfalls eignet sich auch hier der Einbezug von Bezugspersonen, welcher innerhalb des persönlichen Kontaktes oder anhand eines weiteren Fragebogens (AB 7) erfolgen kann. Lassen sich individuelle Vorlieben auf diesem Wege nicht klar identifizieren, kann zusätzlich ein systematisches Assessment anhand von offenen Beobachtungen erfolgen. Präsentieren Sie Ihrer Klient*in dafür typische Verstärker wie Süßigkeiten, Spielzeuge etc. einzeln, in Paaren oder in Gruppen und beobachten Sie die Reaktionen. Auf welche Gegenstände wird besonders positiv reagiert? Mit welchen Gegenständen beschäftigt sich die Klient*in am längsten? Welche Gegenstände werden bei der mehrmaligen Präsentation von Gegenstands-Gruppen besonders häufig ausgesucht? Wählen Sie auf Basis Ihrer Eindrücke diejenigen Gegenstände aus, welche Sie für eine positive Verstärkung während der Exposition als geeignet erachten. Darüber hinaus können Sie eine größere Belohnung nach Beendigung der Exposition vereinbaren. Hierfür bieten sich neben materiellen Verstärkern auch gemeinsame Aktivitäten wie beispielsweise ein Spaziergang an.

Das Wichtigste zusammengefasst:

- Eine vereinfachte Erklärung des Rationals von Expositionsübungen kann durch den Einsatz von Angstkurven oder fiktiven Geschichten erfolgen.
- Achten Sie auf eine einfache Sprache mit langsamen Sprechtempo und kurzen Sätzen bei gleichzeitigem Rückgriff auf Visualisierungen.
- Die gemeinsame Vereinbarung zur Durchführung von Expositionsübungen kann mit einem „Angst-Vertrag“ festgehalten werden.
- Für die Entwicklung von Angsthierarchie und Verstärkerplänen kann ein kreatives und individuell angepasstes Vorgehen erforderlich sein.
- Ein Einbezug von Bezugspersonen kann dies gegebenenfalls erleichtern.

INFO 5

B

Angstbewältigung in der Psychotherapie

Wie werden Angststörungen in der Psychotherapie behandelt?

Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen beinhaltet die wiederholte Durchführung sogenannter Expositionsübungen. Anhand dieser soll die zu behandelnde Person lernen, sich den individuellen Ängsten zu stellen, statt diese zu vermeiden. Im Rahmen einer Exposition werden Klient*innen daher strukturiert und unter therapeutischer Anleitung mit den individuellen Angstgehalten konfrontiert. Dadurch soll die Erfahrung ermöglicht werden, dass die Angst in einer gefürchteten Situation ohne das Eintreten der Befürchtungen und ohne den Einsatz von Vermeidungsverhalten bewältigt werden kann. Anhand dieser Erkenntnis kann das Auftreten von Angst- und Vermeidungsreaktionen bei Kontakt mit den angstbesetzten Inhalten zunehmend abgebaut werden. Die Wirksamkeit von Expositionsübungen zur Behandlung von Angststörungen wurde sowohl für intellektuell beeinträchtigte als auch durchschnittlich intelligente Menschen in vielen Studien belegt.

Wie läuft eine Expositionsbehandlung ab?

Innerhalb einer Expositionsübung werden angstbesetzte Inhalte gezielt aufgesucht. Der genaue Ablauf hierbei wird individuell angepasst und genau vorbereitet. In der Regel erstreckt sich die Behandlung über mehrere therapeutischen Sitzungen. Bei Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung wird dabei graduell vorgegangen. Dies bedeutet, dass die Exposition bei der ersten Sitzung zunächst mit einem lediglich mäßig bis mittelgradig angstbesetzten Inhalt durchgeführt wird. Darauf aufbauend werden schrittweise stärker angstbesetzte Inhalte in die weiteren Expositionsübungen eingebaut. Ein Auftreten von Angst während der Exposition ist dringend erforderlich. Eine Bewältigung der Angststörung ist nur dann möglich, wenn die Erfahrung gemacht wird, dass die anfangs vorliegenden Befürchtungen unbegründet sind und die Angst nach einiger Zeit von alleine wieder abnimmt. Klient*innen werden daher intensiv dazu ermutigt, sich den Angstgehalten anzunähern und auch beim Erleben von Angst in der Situation zu verweilen. Dafür werden vorab festgelegte Belohnungen eingesetzt. Der oder die Therapeut*in begleitet die zu behandelnde Person während der gesamten Exposition aktiv und bietet gegebenenfalls verbale oder auch physische Hilfestellungen an. Das Ziel ist, dass Klient*innen am Ende der Behandlung ohne das Auftreten von intensiven Angstreaktionen oder dem Einsatz von Vermeidungsverhalten den Angstgehalten gegenüberzutreten können und diese keine Beeinträchtigungen in der Lebensführung mehr verursachen.

Wie können Sie die Expositionsbehandlung unterstützen?

Ihre Unterstützung kann für den Verlauf der Expositionsbehandlung eine entscheidende Rolle spielen! Dies hat mehrere Gründe. Zum einen kann Ihre Vertrautheit mit der zu behandelnden Person wichtige Informationen über deren Angsterleben und individuelle Vorlieben, welche als Belohnungen während der Exposition eingesetzt werden können, liefern. Zusätzlich können auch Sie das gewünschte Verhalten bei Kontakt mit den Angstgehalten aktiv vorleben. Für intellektuell beeinträchtigte Menschen spielt das Lernen am Modell eine große Rolle. Dies

bedeutet, dass es sehr hilfreich sein kann, wenn Sie in Ihrer Rolle als eine nahestehende Person bei gegebenen Möglichkeiten einen angemessenen Umgang mit den Angstgehalten modellieren. Versuchen Sie, das Behandlungsprinzip der Exposition „Konfrontation statt Meidung“ daher auch selbst umzusetzen und unterstützen Sie die zu behandelnde Person im Rahmen Ihrer Möglichkeiten dabei, diesen Leitsatz auch über die Therapiesitzungen hinaus in den Alltag zu integrieren. Nach Absprache mit der oder dem Therapeut*in kann es darüber hinaus sinnvoll sein, im späteren Verlauf der Expositionsbehandlung selbstständige Expositionsübungen außerhalb der Therapie durchzuführen. Unter Umständen kann es auch hier hilfreich sein, Sie in einer unterstützenden Rolle einzubinden- dies wird im Rahmen der Therapie besprochen. Reagieren Sie mit viel Lob und positiven Rückmeldungen, wenn Sie registrieren, dass das erwünschte Zielverhalten gezeigt wird. Achten Sie darüber hinaus darauf, das Auftreten von Angstreaktionen und vermeidenden Verhaltensweisen nicht unbewusst zu befördern. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Sie beim Auftreten von Angst umgehend mit intensiver Zuwendung und einer Entfernung der zu behandelnden Person aus der Angstsituation reagieren. Auch mit den besten Absichten kann die Angstsymptomatik hierdurch langfristig verstärkt werden. Es ist daher zu empfehlen, auf die Vermeidung mit einem Entzug von Aufmerksamkeit zu reagieren und stattdessen durch positives Zusprechen und aktives Modellieren dazu zu ermutigen, in der Angstsituation zu verweilen und die Angst auszuhalten.

Die folgende Auflistung bietet Ihnen nochmals einen Überblick über die beschriebenen Inhalte:

- Expositionsübungen sind ein entscheidender Bestandteil der Psychotherapie von Angststörungen.
- Innerhalb einer Expositionsbehandlung wird die zu behandelnde Person schrittweise mit angstbesetzten Inhalten konfrontiert, ohne dass es zu einer Vermeidung kommt.
- Dies erfordert Geduld und mehrmalige Sitzungen.
- Ihr Wissen über die zu behandelnde Person kann einen wichtigen Beitrag für die Planung von Expositionsübungen leisten.
- Unterstützen Sie die zu behandelnde Person nach Möglichkeit durch ein aktives Vorleben des Prinzips „Konfrontation statt Meidung“ und bestärken Sie Annäherungsversuche an die Angsthalte.
- Mit zunehmendem Therapieverlauf können Sie gegebenenfalls die selbstständige Durchführung von Expositionsübungen unterstützen.
- Achten Sie darauf, vermeidende Verhaltensweisen nicht unbewusst zu befördern.

AB 9

K

Meine Angst-Kurve

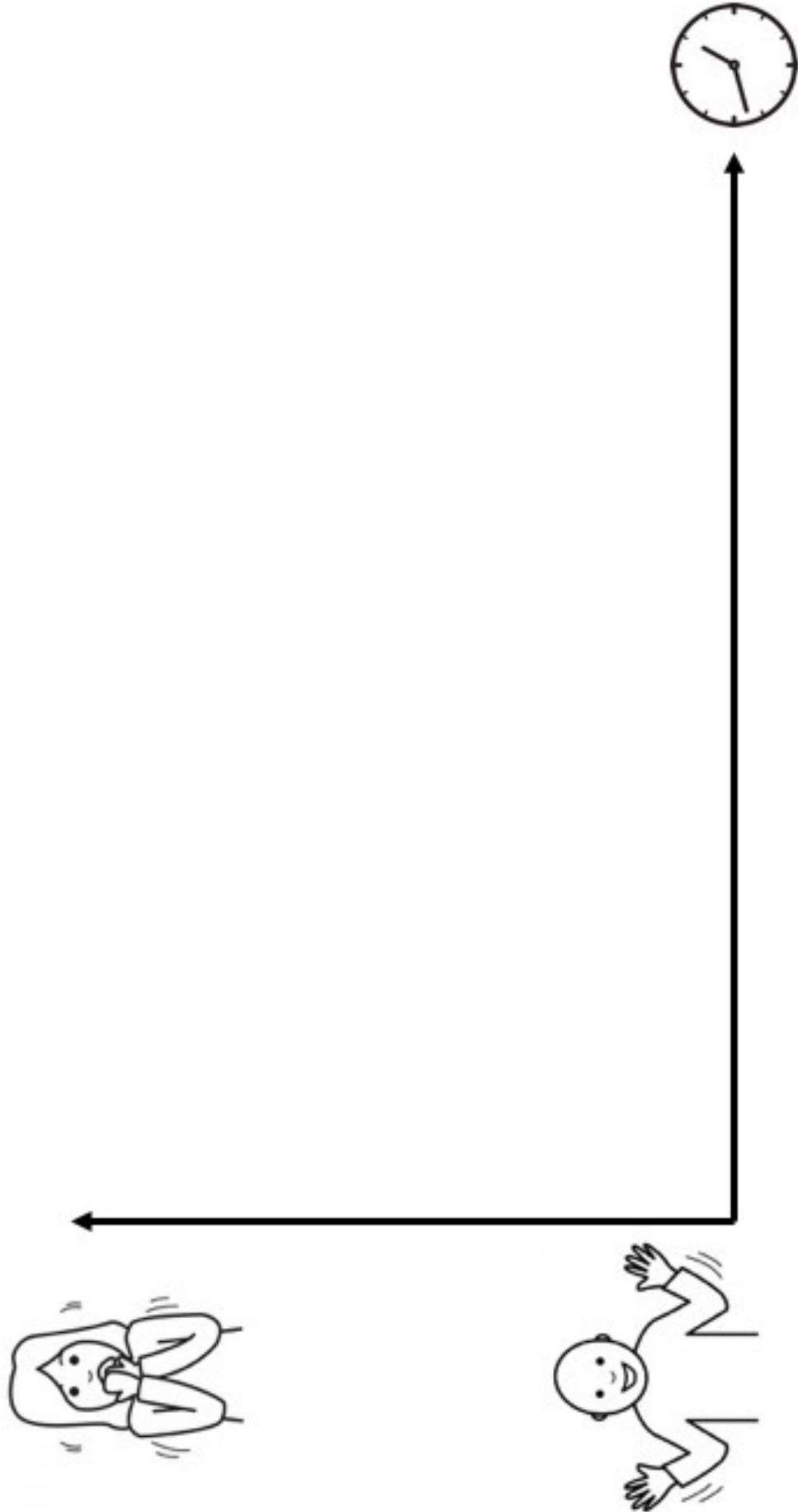
Malen Sie auf dem nächsten Blatt auf,
Wie es ist, wenn Sie Angst haben.
Was macht Ihre Angst?

Wird die Angst immer stärker?
Wird die Angst nach einer Weile weniger?
Wie stark wird die Angst?

Überlegen Sie erst.
Dann malen Sie es mit einer Kurve auf.
Hier sehen Sie ein Beispiel:



Ihr Therapeut hilft Ihnen dabei.



AB 10

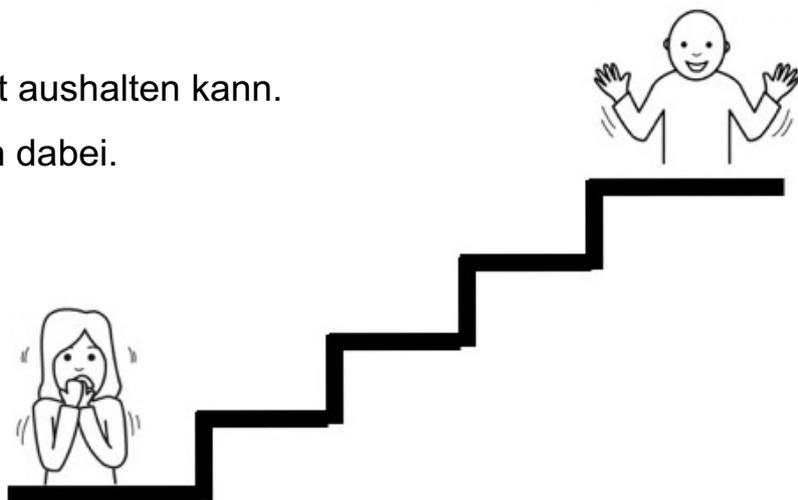
K

Wie Sie eine Angst-Störung bewältigen können

Eine Angst-Störung kann man bewältigen.
Dafür muss man lernen,
dass die Angst nicht gefährlich ist.
Und dass die Angst von alleine weg geht.
Ohne dass etwas Schlimmes passiert.

Damit man das lernen kann,
macht man in der Therapie eine Exposition.
Exposition ist ein schwieriges Wort.
Es bedeutet, dass man sich der Angst stellt.
Man macht also das, wovor man Angst hat.
Zum Beispiel einen Hund streicheln
Oder von einem Hochhaus runterschauen.

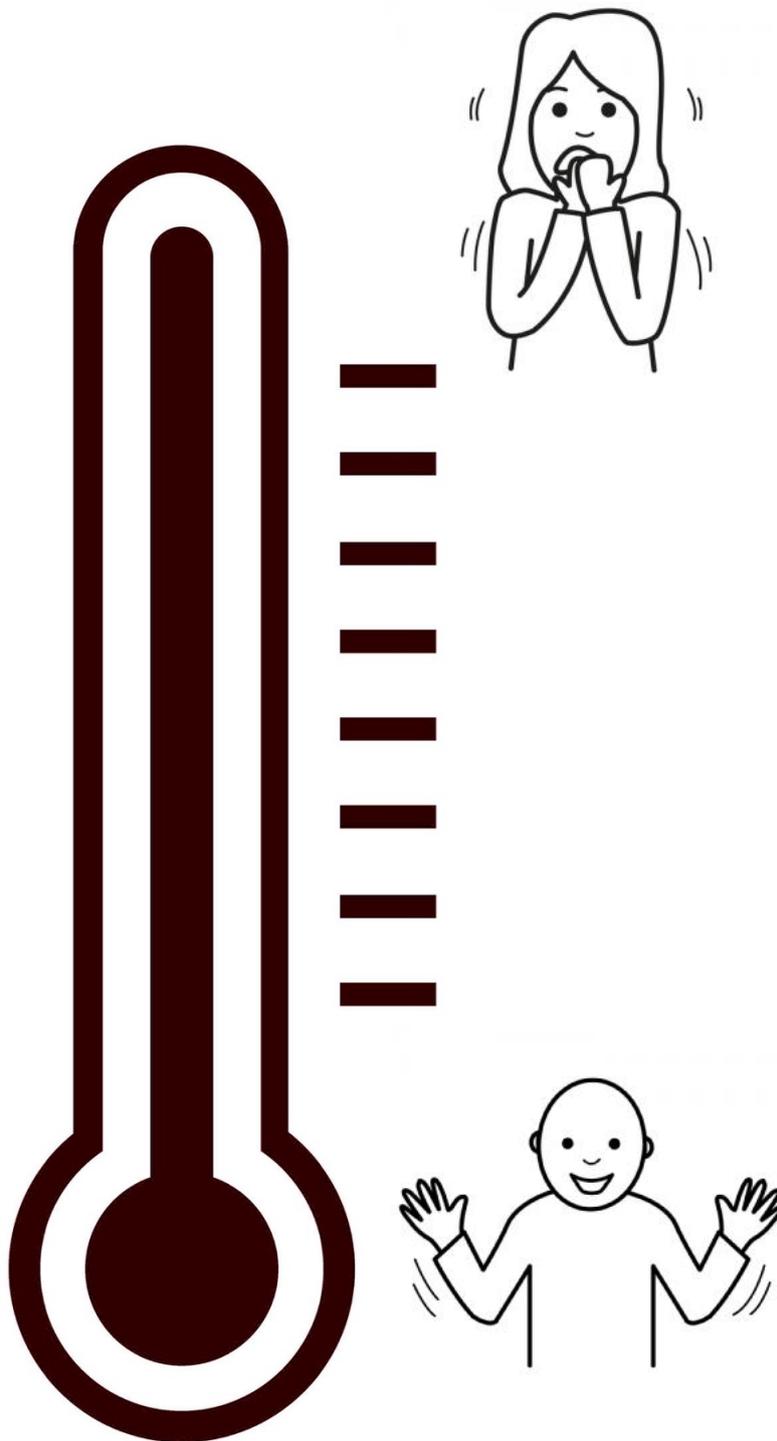
Man macht das nicht sofort.
Sondern in kleinen Schritten.
Man fängt erst mit wenig Angst an.
Und übt dann so lange
Bis man auch viel Angst aushalten kann.
Ihr Therapeut hilft Ihnen dabei.



AB 11

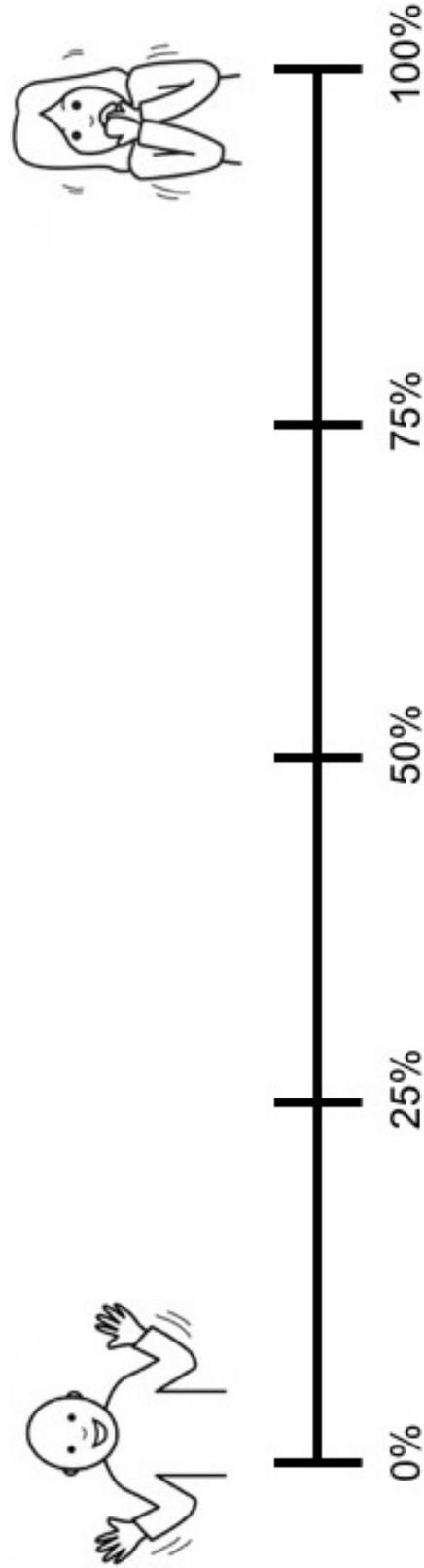
Angstthermometer

K



AB 12

Skala für Angst-Intensität



AB 13

B

Fragebogen zu Angstinhalten

Für die Planung der Expositionsbehandlung müssen individuelle Angstinhalte des Klienten zunächst identifiziert und nach ihrer jeweiligen Angstintensität in einer Rangordnung sortiert werden. Dies bietet die Grundlage für das schrittweise Vorgehen der Exposition von mäßig bis mittelgradig angstbesetzten Inhalten hin zu maximal angstbesetzten Inhalten. Um dies zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, uns bei der Erfassung der verschiedenen Angstinhalte des Klienten zu unterstützen.

Welche Gegenstände, Situationen, Ereignisse oder sonstige Inhalte sind Ihnen bekannt, die eine Angstreaktion des Klienten verursachen können? Bitte sortieren Sie Ihre Eindrücke in die unteren drei Kategorien ein und lassen Sie den Fragebogen anschließend dem behandelnden Therapeuten zukommen.

Eine starke Angstreaktion wird verursacht durch:

Eine mittelgradige Angstreaktion wird verursacht durch:

Eine leichte Angstreaktion wird verursacht durch:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

AB 14

K

Belohnungen für das Mutig-Sein

Wenn Sie eine Kon-fron-ta-tion machen,
müssen Sie sehr mutig sein.

Wenn man mutig ist,
hat man eine Belohnung verdient.

Damit Ihr Therapeut weiß,
welche Belohnung Sie wollen,
müssen Sie es ihm erzählen.



Was mögen Sie?

Was machen Sie gerne?

Womit kann man Sie belohnen?

Hier unten stehen einige schöne Dinge.

Das sind Ideen und Vorschläge.

Machen Sie ein Kreuz bei den Dingen,
die Sie als Belohnung wollen.

Sie können noch mehr Belohnungen aufschreiben.

Unten ist noch Platz.

Zeigen Sie die Liste Ihrem Therapeuten.

- nach draußen gehen
- Bus fahren
- gemeinsam reden
- ein Puzzle machen
- Limonade

- Fernseher schauen
- Kuchen
- Eis
- Saft
- Pudding
- Musik hören
- Musik machen
- Früchte
- Süßigkeiten
- Chips
- Spazieren gehen
- Popcorn
- Schaukeln gehen
- Lesen
- Bilder anschauen
- Computer spielen
- Singen
- Tanzen
- Kaugummi kauen
- Joghurt
- Sport machen
- malen, basteln
- Brettspiel spielen
- in den Garten gehen
- Kaffee oder Tee trinken
- _____
- _____
- _____

Fragebogen zu Vorlieben

Während der Expositionsbehandlung soll die Annäherung an die Angsthalte bestmöglich erleichtert werden. Neben verbalem Lob und Ermutigungen werden hierfür auch materielle Belohnungen eingesetzt. Um als Belohnung geeignete Gegenstände oder Aktivitäten zu identifizieren, müssen individuelle Vorlieben der zu behandelnden Person zunächst ermittelt werden. Hierfür möchten wir Sie um Ihre Unterstützung bitten.

Welche Gegenstände (Spielzeuge, Nahrungsmittel, Kuscheltiere, Getränke etc.) oder Aktivitäten sind Ihnen bekannt, die die zu behandelnde Person als angenehm empfindet? Womit kann die zu behandelnde Person Ihrer Einschätzung nach belohnt werden? Bitte schreiben Sie Ihre Ideen in das unten abgedruckte Feld und lassen Sie den Fragebogen anschließend der Therapeut*in zukommen.

Als Belohnung eignet sich:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

AB 16

Angst-Vertrag

K



Ich will meine Angst besiegen.

Ich werde bei den besprochenen Übungen mitmachen.

Ich werde mutig sein und mich anstrengen.

Ich bin damit einverstanden.

Ich unterschreibe deshalb auf dem Strich.

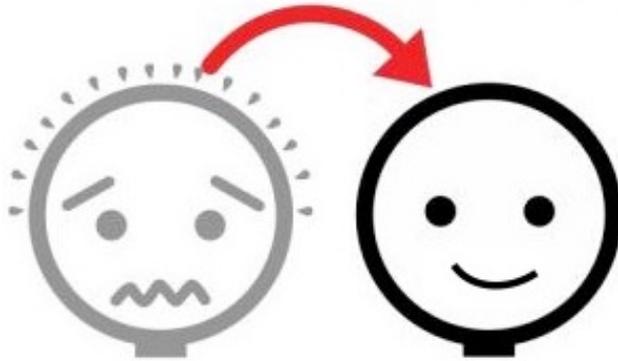
Mein Therapeut wird mir bei der Angst-Therapie helfen.

Mein Therapeut unterschreibt deshalb auf dem Strich.

AB 17

K

Aufgaben bei der Exposition



Bei der Exposition bekommt man Angst.

Das ist ganz normal.

Es ist wichtig, dass man die Angst aushält,

Also nicht weg rennt und nicht weg schaut.

Man muss gar nichts machen.

Einfach nur warten.

Bis die Angst von alleine weg geht.

Danach hat man sich eine Belohnung verdient.

INFO 7



Durchführung von Expositionsübungen

Allgemeine Informationen:

Beginnen Sie die Expositionsübung nicht direkt mit einem übermäßig angstbesetzten Reiz, um Klient*innen nicht zu überfordern! Wählen Sie anhand der Angsthierarchie eine nur mäßig bis mittelgradig angstbesetzte Situation für die erste Exposition aus. Darauf aufbauend sollte sich die Exposition über mehrere Sitzungen hinweg schrittweise von zunächst weniger angstbesetzten Reiz hin zu maximal angstbesetzten Reizen vorarbeiten. Bei manchen Angstreizen bietet sich eine Annäherung auf einer konkreten Dimension (Raum, Zeit, Größe) an. Beispielsweise kann die Distanz einer Spritze zum Arm in klaren zeitlichen Abständen kontinuierlich verringert werden. Wichtig ist, dass es während der Exposition zu einer Angstreaktion kommt- scheuen Sie sich also nicht, diese gezielt zu provozieren! Begeben Sie sich aber in jedem Falle erst auf die nächste Konfrontationsstufe, nachdem die Angst auf der aktuellen Stufe erfolgreich ausgehalten wurde. Entscheidend ist, dass die zu behandelnde Person merkt, dass die erwartete Befürchtung trotz des Angstzustandes nicht eintritt. Es ist zu empfehlen, die Expositionsübungen auf jeder Stufe mehrmals zu wiederholen, um eine Überforderung durch ein zu schnelles Vorgehen vorzubeugen.

Während der Exposition:

Fragen Sie während der Exposition regelmäßig nach der aktuell erlebten Intensität der Angst. Hierfür können Sie erneut das Angstthermometer (AB 3) oder die Rating-Skala (AB 4) heranziehen. Dies ermöglicht Ihnen eine Einschätzung, ob die erlebte Angst noch gesteigert werden kann oder schon so intensiv ist, dass auf der aktuellen Konfrontationsstufe verblieben werden sollte. Achten Sie darauf, dass Zielverhalten konsequent positiv zu verstärken. Loben Sie die zu behandelnde Person für ihren Mut und setzen Sie eine bestätigende und ermutigende Körpersprache ein. Greifen Sie zusätzlich auf die zuvor identifizierten Verstärker zurück und belohnen Sie mit diesen für das Annäherungsverhalten. Dies kann in regelmäßigen zeitlichen Abständen erfolgen. Für Klient*innen mit intellektueller Beeinträchtigung kann es darüber hinaus hilfreich sein, dass Zielverhalten direkt beobachten zu können- dem Lernen am Modell kommt eine große Bedeutung zu! Verstehen Sie sich während der Exposition deshalb selbst als Modell und führen Sie das Zielverhalten, wenn möglich, selbst aktiv vor. Unternimmt die zu behandelnde Person dennoch keine selbstständigen Annäherungsversuche, kann ein stark direktes Vorgehen mit zusätzlichen verbalen und physischen Hilfestellungen erforderlich sein. Fordern Sie zunächst verbal dazu auf, das besprochene Zielverhalten durchzuführen und ermutigen Sie hierfür. Ist dies nicht ausreichend, kann auch eine physische Unterstützung durch ein an die Hand nehmen oder Unterhaken bis hin zu einem vollständigen physischen Führen der zu behandelnden Person erfolgen. Vertrauen Sie hierbei auf Ihr therapeutisches Gespür und orientieren Sie sich sowohl an der individuellen Person als auch an Ihren persönlichen Grenzen. Für eine Erleichterung der Annäherung können Sie außerdem in Erwägung ziehen, einen nicht-kontingenten Zugang zu entspannenden oder ablenkenden Gegenständen zu ermöglichen. So können manche Klient*innen davon profitieren, einen persönlich hilfreichen Gegenstand wie beispielsweise ein Kuscheltier während der Exposition bei sich zu haben. Auch können gegebenenfalls ablenkende Reize wie

Hintergrundmusik eingesetzt werden. Der Einsatz von Ablenkungen sollte sich aber immer an der individuellen Person orientieren und nicht pauschal eingesetzt werden. Für eine korrigierende Lernerfahrung ist es wichtig, dass sich Klient*innen die Angstsituation, in der sie sich befinden, bewusst machen- eine Ablenkung kann dies unter Umständen erschweren. Während der Exposition ist außerdem darauf zu achten, dass eventuell auftretende vermeidende oder sonstige unerwünschte Verhaltensweisen nicht negativ verstärkt werden. Gehen Sie also nicht direkt auf diese ein und reagieren Sie zunächst mit einem Entzug von Aufmerksamkeit. Statt das Vermeidungsverhalten durch eine intensive Zuwendung oder sofortige Beendigung der unangenehmen Expositionsübung zu belohnen und damit negativ zu verstärken, sollte immer versucht werden, durch eine positive Verstärkung so lange zu einem Verweilen in der Expositionssituation zu ermutigen, bis die Angst von alleine wieder abnimmt.

Nach der Exposition- Belohnung, Nachbesprechen und weitere Planung:

In Anschluss an eine Expositionsübung sollte die zu behandelnde Person angemessen durch Lob und die vorab identifizierten materiellen Belohnungen verstärkt werden. Dabei kann auch die Durchführung einer gemeinsamen angenehmen Aktivität als Belohnung in Erwägung gezogen werden. Dies kann helfen, die durch die Exposition möglicherweise strapazierte therapeutische Beziehung wieder zu festigen und Vertrauen aufzubauen. Hierfür eignet sich beispielsweise ein gemeinsamer Spaziergang, ein gemeinsames Tee trinken oder eine Entspannungsübung- orientieren Sie sich an den Vorlieben der zu behandelnden Person und den zeitlichen Rahmenbedingungen.

Nach den Übungen bietet es sich an, den erlebten Angstverlauf gemeinsam zu besprechen. Hierfür können wieder die Angstverlaufskurven (AB 1) herangezogen werden. Ein erfolgreiches Aushalten der Angst vorausgesetzt können Sie den Fokus darauf ausrichten, dass die schlimmste Befürchtung nicht eingetreten ist und die Angst von alleine nachgelassen hat. Besprechen Sie anschließend die nächsten Schritte der Expositionsbehandlung und beenden Sie die Sitzung mit lobenden und ermutigenden Rückmeldungen dafür, dass sich die zu behandelnde Person der angstausslösenden Situation gestellt hat.

Mit zunehmendem Verlauf der Expositionsbehandlung kann es für motivierte und ausreichend eigenverantwortliche Klient*innen hilfreich sein, die Expositionsübungen in unterschiedlichen Kontexten und zunehmend selbstständig durchzuführen. Dies kann eine Generalisierung der Lernfortschritte erleichtern. Hierfür können therapeutische Hausaufgaben erteilt werden, deren Umsetzung idealerweise mit den Bezugspersonen oder anderen nahestehenden Personen koordiniert wird. Gehen Sie daher, mit dem Einverständnis Ihrer Klient*in, auf die Bezugspersonen zu und bemühen Sie sich, diese in den therapeutischen Prozess einzubinden. Im Idealfall können Bezugspersonen als Co-Therapeuten für die Durchführung von Expositionsübungen außerhalb der therapeutischen Sitzungen eingesetzt werden. Um einen Überblick über selbstständig durchgeführten Expositionsübungen behalten zu können, ist die Einführung eines Übungstagebuchs (AB 10) sinnvoll. Auf diesem können Klient*innen alleine oder mit Hilfe der Bezugspersonen dokumentieren, welche Übungen zwischen den Therapiesitzungen durchgeführt wurden.

Die folgende Liste bietet Ihnen einen Überblick über die beschriebenen Empfehlungen zur Durchführung von Expositionsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen.

- Beginnen Sie mit einer nur mäßig angstbesetzten Situation und arbeiten Sie sich dann schrittweise zu stärker angstbesetzten Inhalten vor.
- Setzen Sie differentielle Verstärkungsstrategien mit einer positiven Verstärkung der Annäherung und einem Ausbleiben der negativen Verstärkung der Vermeidung ein.
- Modellieren Sie das Zielverhalten.
- Setzen Sie verbale und physische Hilfestellungen während der Exposition ein.
- Ziehen Sie den Einsatz von ablenkenden und beruhigenden Reizen während der Exposition in Erwägung.
- Ermutigen Sie nachdrücklich und bestimmt zu einem Verweilen in der Angstsituation, bis es zu einer Anspannungsreduktion kommt.
- Versuchen Sie, aufkommende Vermeidungsreaktionen zu verhindern.
- Belohnen Sie die zu behandelnde Person nach der Expositionsübung durch materielle Belohnungen oder mit einer gemeinsamen Aktivität.
- Greifen Sie für die Nachbesprechung der Übung auf Angstkurven zurück und legen Sie den Fokus auf die nicht eingetretene Befürchtung.
- Verteilen Sie mit fortschreitendem Verlauf der Expositionsbehandlung therapeutische Hausaufgaben und ermutigen Sie zur Durchführung selbstständiger Expositionsübungen mit Unterstützung des Umfelds.

AB 18

K

Mein Übungs-Tagebuch

Sie haben zwischen den Therapie-Stunden geübt.
Damit ihr Therapeut das sehen kann,
müssen Sie es für ihn aufschreiben.
Dafür bekommen Sie ein Tagebuch.
Das Tagebuch ist auf der nächsten Seite.

Schreiben Sie in dem Tagebuch auf,
was Sie geübt haben.
Und wie Sie sich dabei gefühlt haben.
Es gibt kein Richtig oder Falsch.

In der nächsten Therapie-Stunde
können Sie dann besprechen,
was Sie geübt haben.
Und was Sie alles geschafft haben.



Wochentag 	Welche Übung habe Ich gemacht?	Wie stark war meine Angst? Bitte ankreuzen.
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

gar nicht stark
 ein bisschen stark
 sehr stark

KAPITEL 3

Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen

Achtsamkeit als therapeutischer Ansatzpunkt für eine verbesserte Selbstregulation:

Das Konzept der Achtsamkeit entstammt dem Buddhismus. Es umschreibt eine bewusste, klare innere Haltung, bei welcher die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment ausgerichtet ist. Den dabei wahrgenommenen Empfindungen in Bezug auf Körper, Geist und Umgebung soll nicht wertend und nicht reaktiv begegnet werden. Achtsamkeitsbasierte Psychotherapieverfahren versuchen, durch eine Förderung dieser Gegenwärtigkeit die Selbstregulationskompetenzen zu verbessern. Es soll ein Bewusstsein für körperliche Empfindungen und emotionale Zustände entwickelt werden, um darauf aufbauend bewusst auf diese reagieren zu können. Inzwischen gibt es mehrere psychotherapeutische Behandlungsansätze, in denen Achtsamkeitsübungen einen zentralen Bestandteil darstellen. Etabliert sind die *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 1980), die *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes et al., 1999), die *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) (Linehan, 1993) und die *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Segal et al., 2004). Während die MBSR bisher nicht gezielt für Personen mit intellektueller Beeinträchtigung adaptiert wurde, liegen für die ACT, DBT und MBCT bereits Berichte über eine erfolgreiche Anwendung bei intellektuell beeinträchtigten Menschen vor. Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungswerte weisen insgesamt darauf hin, dass intellektuell beeinträchtigte Menschen mit Ängsten, negativen Affektzuständen, Stress, Aggressionen und selbstverletzenden Verhaltensweisen von einer achtsamkeitsbasierten Psychotherapie profitieren können. Insbesondere bei impulsiven Verhaltensmustern können Achtsamkeitsübungen einen Ansatzpunkt für das Erlernen eines angemessenen Umgang mit den ursächlichen emotionalen Erregungszuständen bieten (Chapman et al., 2013; Hwang & Kearney, 2013; Robertson, 2011).

Achtsamkeitsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Klienten:

Im gleichen Sinne wie Expositionsübungen müssen auch Achtsamkeitsübungen an individuelle Klient*innen angepasst werden. Die allgemeinen Adaptionsprinzipien mit einer Vereinfachung der Sprache und Komplexität greifen auch hier. Auch ist eine direkte und involvierte therapeutische Rolle von entscheidender Bedeutung. Es kann vorteilhaft sein, wenn der oder die Therapeut*in über persönliche Erfahrungen mit der Anwendung von Achtsamkeitsstrategien und einen persönlichen Zugang zum Konzept der Achtsamkeit verfügt.

Achtsamkeitsübungen können sich sowohl auf körperliche als auch mentale Aspekte beziehen. Körperbezogene Achtsamkeitsübungen fokussieren auf die bewusste Wahrnehmung eigener körperlicher Empfindungen. Bei intellektuell beeinträchtigten Menschen können hierfür zunächst erlebnisorientierte Wahrnehmungsübungen mit Fokus auf einer Sensibilisierung der verschiedenen Sinnesmodalitäten (Hören, Riechen, Schmecken, Sehen, Tasten) durchgeführt werden. Langfristig sollen Klient*innen hierdurch ihre Körperwahrnehmung verbessern. Hierdurch soll ermöglicht werden, aufkommende Erregung unmittelbar und bewusst registrieren zu können. Dies wiederum bietet die Grundlage dafür, die Aufmerksamkeit in Erregungssituationen weg von der Erregung hin zu einer emotional neutralen Körperstelle zu verlagern und sich dadurch beruhigen zu können. Mentale Achtsamkeitsstrategien zielen auf ein achtsames Beobachten von

Gedanken und Gefühlen ab, ohne sich mit diesen zu identifizieren. Empfindungen sollen zwar registriert, aber nicht weiterverfolgt, sondern direkt wieder losgelassen werden. Hierfür können Metaphern wie beispielsweise ein „Gedankenfluss“ oder eine „Gedankenwolke“ herangezogen werden, anhand welcher die transiente Natur von Gedanken und Gefühlen mental visualisiert werden kann.

Bei der Vermittlung von achtsamkeitsbasierten Inhalten im Rahmen der Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Menschen lassen sich grob zwei Phasen unterscheiden. In einer ersten „Trainingsphase“ gilt es, die Durchführung von Achtsamkeitsübungen gezielt einzuüben. Eine anfängliche Psychoedukation über verschiedene emotionale Zustände und deren Identifikation innerhalb des eigenen emotionalen Erlebens bildet dafür die Grundlage. Auch ist es zentral, persönliche Auslöser emotionaler Erregung zu identifizieren. Hierdurch kann das Erlernen der Achtsamkeitsstrategie direkt auf emotional erregende Alltagssituationen bezogen werden. Im weiteren Verlauf der Therapie sollte die Trainingsphase zunehmend in eine Selbstübungsphase übergehen, in welcher die Anwendung der Achtsamkeitsstrategie selbstständig und wiederholt innerhalb des Alltags eingeübt wird. Dies kann durch einen Einbezug des Umfelds erleichtert werden. Insgesamt eignet sich der aktivitätsfördernde und mehr auf Selbsterfahrung als auf therapeutischen Gesprächen beruhende Charakter von achtsamkeitsbasierter Psychotherapie gut für die psychotherapeutische Arbeit mit vielen leicht bis mittelgradig intellektuell beeinträchtigten Menschen. Für durchschnittlich intelligente Menschen entwickelte Achtsamkeits-Manuale können somit eine gute Orientierung für eine eigenständige Adaption von Achtsamkeitsübungen liefern. Beachtet werden sollte, dass nicht auf zu viele, sondern auf einige wenige Übungen fokussiert wird, um Klient*innen nicht zu überfordern.

Überblick Arbeitsmaterialien:

Im Folgenden werden die Arbeitsmaterialien aufgelistet, die Sie für die Integration von Achtsamkeitsübungen in die Psychotherapie mit intellektuell beeinträchtigten Klient*innen heranziehen können:

- Info 7 (T): *Durchführung von Achtsamkeitsübungen*. Auf diesem Informationsblatt finden Therapeut*innen allgemeine Hinweise und Anregungen für die Durchführung von Achtsamkeitsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen.
- AB 19 (K): *Gefühle im Gesicht*. Mit diesem Arbeitsblatt kann das Erkennen von Emotionen in Gesichtern geschult werden.
- AB 20 (K): *Gefühle im Körper*. Dieses Arbeitsblatt bezieht auf eine Verortung von wahrgenommenen Gefühlen innerhalb des Körpers. Die Bearbeitung kann mit der Induktion verschiedener Gefühlszustände (beispielsweise durch fröhliche und traurige Musik) kombiniert werden.
- AB 21 (K): *Gefühls-Tagebuch*. Mit dem vereinfachten Gefühlstagebuch können Klient*innen in ihrem Alltag wahrgenommene Gefühle protokollieren. Es eignet sich als Hausaufgabe zwischen den therapeutischen Sitzungen und kann Hinweise auf emotional erregende Alltagssituationen liefern.
- AB 22 (T, K): *Übungen zur Sensibilisierung der Sinnesmodalitäten / Meine Sinne*. Auf AB 22a finden Therapeut*innen Vorschläge und Anregungen für die Durchführung von Wahrnehmungsübungen zu den verschiedenen Sinnesmodalitäten. AB 22b dient der gemeinsamen Besprechung, welche Sinnesmodalitäten es überhaupt gibt und was mit diesen wahrgenommen werden kann.

- AB 23 (K): *Atem-Übung*. Dieses Arbeitsblatt beschreibt die Durchführung einer Atemübung in leichter Sprache. Es kann an Klient*innen ausgegeben werden und eignet sich auch als Hausaufgabe.
- AB 24 (K): *Mandala-Übung*. Dieses Mandala kann im Rahmen einer Entspannungs- und Achtsamkeitsübung gemeinsam in der Therapiestunde ausgemalt oder als Hausaufgabe ausgeteilt werden.
- AB 25 (T, K): *Fußsohlen-Meditation*. Auf diesem Arbeitsblatt wird die Durchführung der Fußsohlen-Meditation für einen angemessenen Umgang mit emotionaler Erregung beschrieben. AB 19a beinhaltet Informationen für den Therapeut*innen, wie die Fußsohlen-Meditation innerhalb der Therapie instruiert werden kann. Auf AB 19b ist der Ablauf der Fußsohlen-Meditation in leichter Sprache für Klient*innen zusammengefasst.
- AB 26 (K): *Der Gedanken-Fluss*. Mit diesem Arbeitsblatt kann Klient*innen die Metapher eines „Gedankenflusses“ für einen achtsamen Umgang mit Gedanken und Gefühlen vermittelt werden. Es kann gut mit der Atemübung (AB 23) kombiniert werden.

INFO 7



Durchführung von Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen

Ziele:

- Klient*innen können verschiedene körperliche und emotionale Empfindungen bei sich wahrnehmen, benennen und deren Ursachen identifizieren.
- Klient*innen können körperbezogene oder mentale Achtsamkeitsübungen selbstständig im Alltag durchführen und üben.
- Klient*innen wissen, in welchen Situationen die Achtsamkeitsübung für eine Reduktion des emotionalen Erregungsniveaus eingesetzt werden kann.

Vorbereitung: Vor der Durchführung achtsamkeitsbasierter Übungen sollte eine Psychoedukation erfolgen. Für die angststörungsspezifischen Inhalte kann hierfür auf die Materialien aus Kapitel 1 zurückgegriffen werden. Da Achtsamkeitsübungen für einen angemessenen Umgang mit vielen verschiedenen Gefühlen hilfreich sein können, bietet es sich an, den Anwendungsbereich auch über das Angsterleben hinaus zu erweitern. Hierfür gilt es, zunächst die Wahrnehmung in Bezug auf eigene körperliche und emotionale Empfindungen zu sensibilisieren. Damit dies möglich ist, sollten im Rahmen der Psychoedukation zunächst verschiedene körperliche und emotionale Zustände sowie deren Auslöser gemeinsam erarbeitet werden. Die Arbeitsblätter 19 und 20 können als Materialien für die Identifikation verschiedener Gefühle anhand von Gesichtsausdrücken und eine Verortung von Gefühlen innerhalb des Körpers herangezogen werden. Das Gefühlstagebuch (AB 21) bietet zudem die Möglichkeit, im Alltag erlebte Gefühle protokollieren und dadurch die Selbstwahrnehmung verbessern zu können. Es eignet sich gut als Hausaufgabe zwischen den Sitzungen.

Zusätzlich zu den vorgeschlagenen Materialien können Sie die Psychoedukation zur Emotionserkennung auch durch eigene Ideen kreativ ergänzen. Es bietet sich beispielsweise an, mithilfe verschiedener Video- oder Filmausschnitte den emotionalen Ausdruck der Darsteller gemeinsam zu deuten, in Zeitschriften oder Comics verschiedene Gesichtsausdrücke zu identifizieren und gemeinsam vor dem Spiegel mit der eigenen Mimik bestimmte Emotionen auszudrücken. Auch können Sie Ihre Klient*innen durch Malen, Tanz oder ähnliche Aktivitäten darin ermutigen, das aktuelle emotionale Befinden in einer expressiven Form zum Ausdruck zu bringen. Versuchen Sie, die verschiedenen Gefühle erlebbar zu machen! Das Arbeitsblatt 20 zur Wahrnehmung eigener Gefühle kann hierfür auch mehrmals in Kombination mit der Induktion verschiedener Gefühle bearbeitet werden. Stellen Sie Ihren Klient*innen hierfür beispielsweise traurige und fröhlich Musikstücke oder Geschichten vor und vergleichen Sie anschließend, welche Gefühle dadurch ausgelöst und wo im Körper diese Gefühle gespürt wurden. Für die Identifikation persönlicher Gefühls-Auslöser bietet sich außerdem die Durchführung von Rollenspielen an. Intellektuell beeinträchtigte Menschen haben in vielen Fällen Schwierigkeiten mit dem retrospektiven Berichten vergangener Ereignisse, die bestimmte Gefühle ausgelöst haben. Daher müssen diese wieder in die Gegenwart geholt werden- Rollenspiele machen dies möglich. Spielen Sie daher verschiedene emotionsbesetzte Alltagszenarien durch und fragen Sie, welche Gefühle dadurch ausgelöst werden und wo im Körper diese Gefühle gespürt werden. Arbeitsblatt 22 liefert Ihnen darüber hinaus Vorschläge für verschiedene

erlebnisorientierte Wahrnehmungsübungen, die Sie für eine Sensibilisierung der Sinnesmodalitäten verwenden können. Auch hier sind Ihrer Kreativität für eigene Anreicherungen keine Grenzen gesetzt!

Durchführung von achtsamkeitsbasierten Übungen: Für das Erlernen von Achtsamkeitsübungen muss in Abhängigkeit des Ausmaßes der intellektuellen Beeinträchtigung unter Umständen viel Zeit eingeplant werden. Prinzipiell ist das Erlernen von Achtsamkeitsübungen für Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung aber durchaus möglich. Damit dies gelingt, ist insbesondere zu Beginn eine aktive und involvierte therapeutische Rolle von entscheidender Bedeutung. Machen Sie das Konzept der Achtsamkeit und die damit einhergehende Entspannung über mehrere Sitzungen hinweg durch die gemeinsame Durchführung von Atemübungen (AB 23) oder das achtsame Ausmalen von Mandalas (AB 24) erlebbar. Findet die zu behandelnde Person Gefallen am Ausmalen von Mandalas, können diese als mögliche Entspannungsstrategie in den Alltag integriert werden. Bringen Sie sich bei der Vermittlung von Achtsamkeit selbst aktiv ein und modellieren Sie das achtsame Zielverhalten. Als konkrete Achtsamkeitsstrategie hat sich im Kontext der intellektuellen Beeinträchtigung die sogenannte *Fußsohlen-Meditation* (AB 25) etabliert. Diese ermöglicht es insbesondere bei aggressiven Verhaltensweisen, die Aufmerksamkeit auf eine neutrale Körperstelle zu verlagern und das Erregungsniveau dadurch zu senken. Durch wiederholte Übung kann die Kompetenz im Umgang mit emotionaler Erregung durch das Erlernen der Fußsohlen-Meditation erheblich erweitert werden. Auch hierfür sollten Sie sich zunächst selbst aktiv einbringen und die Meditation wiederholt gemeinsam mit Ihren Klient*innen üben. Langfristig bietet es sich an, das Üben zunehmend auf den Alltag zu verlagern. Hierbei sollte das Umfeld nach Möglichkeit miteinbezogen werden. Dieses kann dabei unterstützen, geeignete Alltagssituationen, in denen die Fußsohlen-Meditation für eine Senkung des Erregungsniveaus angewandt werden kann, zu identifizieren und deren Anwendung durch Lob und Belohnungen positiv verstärken. Neben der körperbezogenen Fußsohlen-Meditation können auch mentale Achtsamkeitsübungen mit intellektuell beeinträchtigten Menschen durchgeführt werden. Das *Achtsame Beobachten von Gedanken* kann anhand des Arbeitsblatts 26 dargestellt und ausprobiert werden. Die Anwendung kann gut mit einer Atemübung (AB 23) kombiniert werden. Für eine Erleichterung des Verständnisses Metapher des „Gedankenflusses“ kann dieser zusätzlich aktiv im Raum konstruiert werden. Verschiedene Gegenstände, selbstgemalte Bilder oder gebastelte Objekte können dafür verwendet werden. Insgesamt sollten Sie sich immer bemühen, die Vermittlung der achtsamkeitsbasierten Sitzungen möglichst aktiv und erlebnisfördernd zu gestalten. Aufgrund des recht hohen Abstraktionsgrads des Achtsamkeits-Konzepts bei einer verbalen Auseinandersetzung gilt es umso mehr, die zentralen Achtsamkeits-Mechanismen selbst zu erleben. Legen Sie daher den Fokus auf die Durchführung der Übungen und das damit einhergehende Erleben von Achtsamkeit. Dieses kann Klient*innen auch unabhängig von einem tiefgreifenden Verständnis der aus der buddhistischen Philosophie entnommenen Hintergründe ermöglicht werden.

Das Wichtigste zusammengefasst:

- Vor der Durchführung von Achtsamkeitsübungen sollte eine kurze Psychoedukation zu verschiedenen Gefühlszuständen erfolgen, um die Emotionserkennung zu verbessern.
- Viele Achtsamkeitsübungen aus gängigen Achtsamkeits-Manualen lassen sich gut für intellektuell beeinträchtigte Menschen adaptieren.
- Bei körperbezogenen Wahrnehmungsübungen können die verschiedenen Sinnesmodalitäten gezielt einbezogen und sensibilisiert werden.
- Der Fokus sollte darauf liegen, Achtsamkeit erlebbar zu machen.
- Die Fußsohlen-Meditation sowie das Achtsame Beobachten von Gedanken können als geeignete Achtsamkeitsübungen in den therapeutischen Sitzungen verwendet werden.
- Das Verständnis für Metaphern kann durch deren aktive Konstruktion im Raum erleichtert werden.
- Ein Einbezug des Umfelds ist für das selbstständige Üben der Achtsamkeitsübungen hilfreich.
- Für ein Erlernen von Achtsamkeitsstrategien ist ein wiederholtes Üben und ein unter Umständen erhöhter Zeitaufwand erforderlich.

Gefühle im Gesicht

Gefühle gibt es viele.

Gefühle kann man oft im Gesicht erkennen.

Unten sehen Sie einige Gesichter.

Schreiben Sie auf den Strich, wie sich die Person fühlt.



Die Person fühlt sich:



Die Person fühlt sich:



Die Person fühlt sich:



Die Person fühlt sich:

AB 19b

K

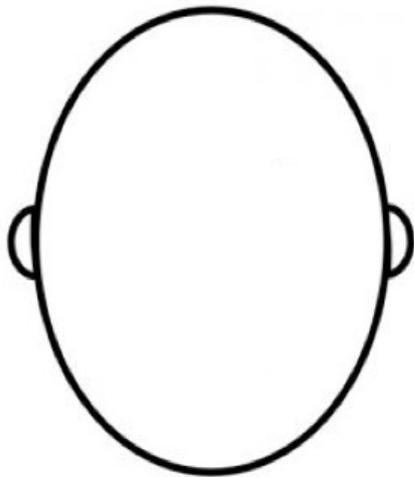
Gefühle im Gesicht

Jetzt sind Sie dran!

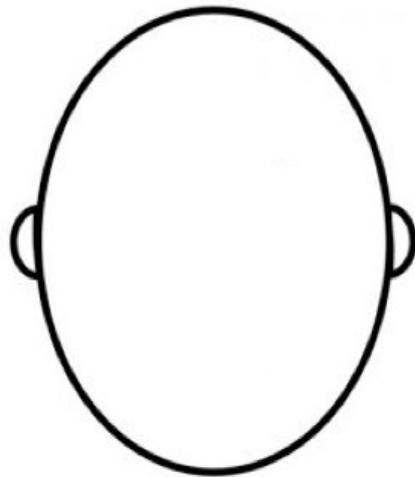
Unten sehen Sie Gesichter.

Darunter steht ein Gefühl.

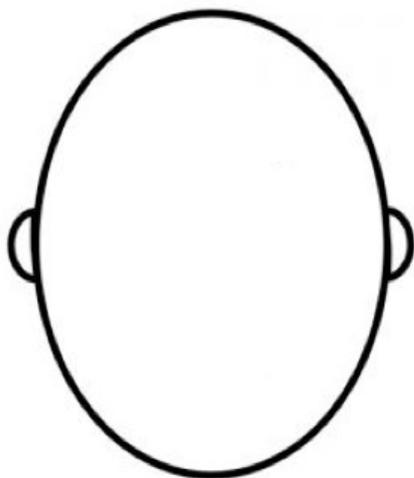
Malen Sie das Gefühl in das Gesicht ein.



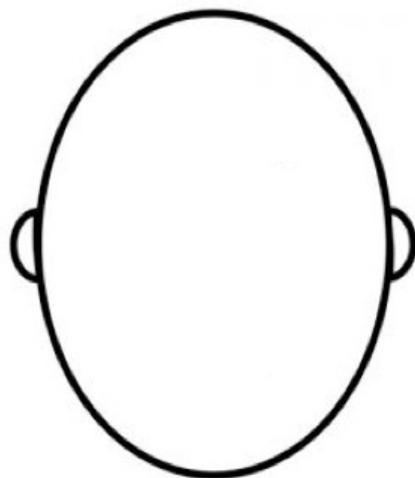
fröhlich



wütend



überrascht



traurig

AB 20

K

Gefühle im Körper

Gefühle können sich unterschiedlich anfühlen.

Gefühle kann man im Körper spüren.

Schließen Sie für einige Minuten Ihre Augen.

Welches Gefühl ist da?

Wie heißt das Gefühl?

Wo spüren Sie das Gefühl in Ihrem Körper?

Schreiben Sie unten auf, wie das Gefühl heißt.

Und markieren Sie in dem Bild, wo das Gefühl ist.

Das Gefühl heißt:



Gefühls-Tagebuch

Wochentag	Gefühl?	Was ist passiert?
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

AB 22a



Übungen zur Sensibilisierung der Sinnesmodalitäten

Für einen vereinfachten Einstieg in das Konzept der Achtsamkeit bietet es sich an, zunächst auf die bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers zu fokussieren. Hierfür können die verschiedenen Sinnesmodalitäten in einzelnen Übungen sensibilisiert werden. Zu Beginn können Sie anhand des AB 22b gemeinsam mit Ihrem Klienten besprechen, welche Sinnesmodalitäten es überhaupt gibt und was mit diesen wahrgenommen werden kann. Darauf aufbauend können verschiedene Wahrnehmungsübungen zu den einzelnen Sinnesmodalitäten durchgeführt werden. Im Folgenden finden Sie hierfür einige Vorschläge. Diese können Sie als Orientierung und Inspiration heranziehen, gegebenenfalls aber auch durch eigene Ideen anpassen und erweitern.

Hören: Bitten Sie Ihren Klienten, sich für 2 Minuten nur auf seinen Hörsinn zu konzentrieren. Die Augen können dabei geschlossen werden, müssen es aber nicht. Geben Sie Ihrem Klienten eine klare Aufgabe vor, z.B. „Konzentrieren Sie sich auf die Geräusche von draußen. Was geht dort vor sich?“. Alternativ können Sie Ihrem Klienten verschiedene Musikstücke vorspielen. Ein Hörauftrag kann dann sein, die verwendeten Instrumente zu identifizieren und zu beschreiben, welche Gefühle die Musik auslöst. Wenn die entsprechenden Materialien vorhanden sind, können Sie Ihren Klienten auch selbst mit geeigneten Instrumenten (Trommeln, Rasseln etc.) musizieren lassen. Dabei können Sie Ihren Klienten ermutigen, verschiedene Gefühle durch das Erzeugen dazu passender Geräusche zum Ausdruck zu bringen.

Riechen/Schmecken: Als Wahrnehmungsübung für den Geschmackssinn bietet sich das langsame und bewusste Verzehren eines Nahrungsmittels an. Hierfür eignen sich beispielsweise Süßigkeiten (z.B. Ferrero Rocher), Rosinen, Obststücke oder sonstige persönliche Vorlieben des Klienten. Stellen Sie Ihrem Klienten die Aufgabe, sich ganz auf die Wahrnehmung des Nahrungsmittels zu konzentrieren. Wie ist der Geschmack? Wie fühlt es sich auf der Zunge an? Auch für den Geruchssinn kann ähnlich vorgegangen werden. Dabei können verschiedene Geruchsproben wie Gewürze oder Teebeutel verwendet werden, deren Geruch dann beschrieben und miteinander verglichen werden soll.

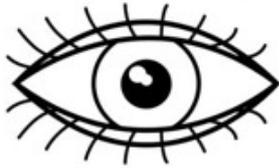
Tasten: Für die bewusste Wahrnehmung des Tastsinns können Sie auf Gegenstände zurückgreifen, welche sich in Bezug auf Oberflächenbeschaffenheit, Form oder Temperatur voneinander unterscheiden. Hierfür bieten sich beispielsweise Naturobjekte wie Baumrinde oder Sand an. Lassen Sie Ihren Klienten die Objekte mit den Händen oder auch anderen Körperstellen und gegebenenfalls mit geschlossenen Augen ertasten und den Sinneseindruck beschreiben. Wie fühlt es sich an? Ist die Oberfläche glatt, rau oder körnig? Wie ist die Form? Ist der Gegenstand warm oder kalt?

Sehen: Wahrnehmungsübungen in Bezug auf den Sehsinn können beispielsweise durch das achtsame Beschreiben von Bildern oder Postkarten erfolgen. Legen Sie Ihrem Klienten entsprechende Materialien vor. Was wird gesehen? Welche Farben werden verwendet? Auch eignet es sich, die unmittelbare Umgebung zu

beschreiben. Wie wirkt der Raum? Was kann ich in meiner Umgebung sehen? Weitere Sehübungen können durch das Spielen von Memory, das Beobachten von Kerzenlicht oder des Flugs einer Seifenblase erfolgen- hier sind der Kreativität keine Grenzen gesetzt. Auch bietet es sich an, Ihren Klienten selbst künstlerisch aktiv werden zu lassen- beispielsweise durch das Ausmalen von Mandalas. Achten Sie dabei darauf, welche Farben ausgewählt werden und fragen Sie nach, ob die eingesetzten Farben einem inneren Gefühl entsprechen. Aufgrund der häufigen Verbalisationsschwierigkeiten von Gefühlen können expressive Ausdrucksformen wichtige Rückschlüsse auf innere Zustände Ihres Klienten liefern.

AB 22b

Meine Sinne



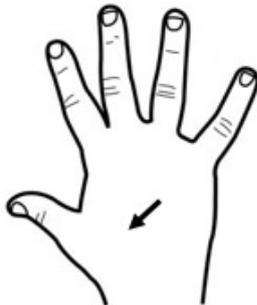
Das ist mein

Damit kann ich



Das ist mein

Damit kann ich



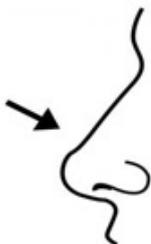
Das ist meine

Damit kann ich



Das ist meine

Damit kann ich



Das ist meine

Damit kann ich

AB 23

K

Atem-Übung

Setzen Sie sich in einer angenehmen Position hin.

Schließen Sie Ihre Augen

Legen Sie Ihre Hände auf Ihren Bauch.

Oder auf Ihre Oberschenkel.

Konzentrieren Sie sich nur auf Ihren Atem.

Atmen Sie langsam und tief ein und aus.

Sie können beim Einatmen bis 3 zählen.

Und beim Ausatmen bis 4 zählen.

Spüren Sie, wie sich Ihr Bauch bewegt?

Spüren Sie, wie die Luft durch Ihren Körper strömt?

Spüren Sie, wie Sie ruhiger werden?



AB 25

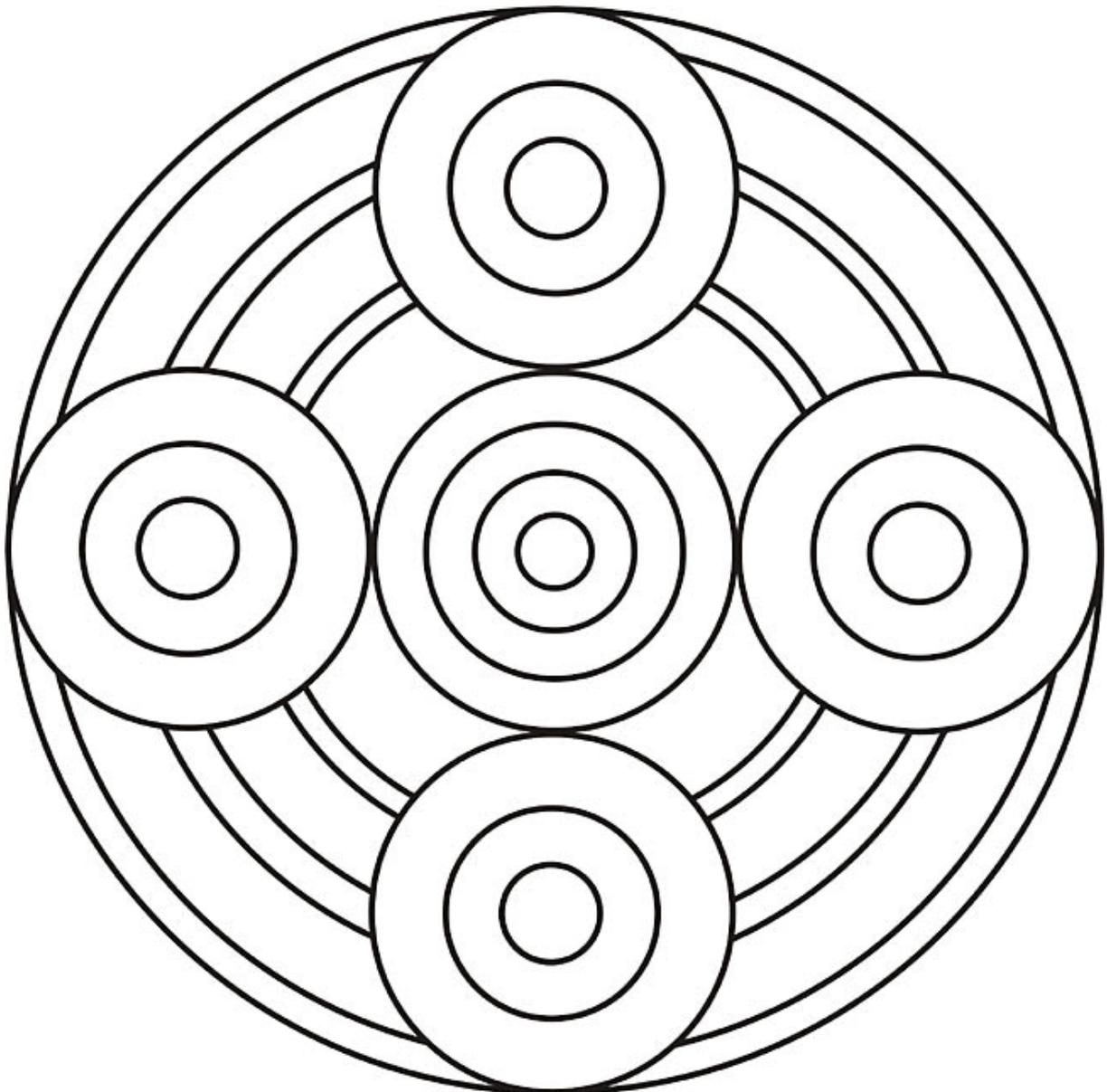
K

Mandala-Übung

Hier unten sehen Sie ein Mandala.

Das Mandala können Sie bunt ausmalen.

Wählen Sie die Farben aus, die zu Ihrer Stimmung passen.



Entnommen von <http://www.mandala-bilder.de>

Fußsohlen-Meditation

Bei der Fußsohlen-Meditation handelt es sich um eine körperbezogene Achtsamkeitsstrategie, die bei intellektuell beeinträchtigten Menschen insbesondere im Kontext von aggressiven Verhaltensweisen erfolgreich angewandt wird. Zentral ist die Aufmerksamkeitsverlagerung weg von einem emotional erregenden Gedanken, Gefühl oder Ereignis hin zu einer emotional neutralen Körperstelle, in diesem Falle einen Punkt an den Fußsohlen. Hierdurch soll der Klient befähigt werden, die aufkommende Erregung zu unterbrechen und sich zurück auf den eigenen Körper zu fokussieren, um anschließend eine bewusste Entscheidung über die Reaktion auf die Auslöser der Erregung treffen zu können. Mit wiederholter Übung soll das Vorgehen so automatisiert werden, dass es in verschiedenen Kontexten für einen angemessenen Umgang mit emotionaler Erregung angewandt werden kann. Die Fußsohlen-Meditation kann auch im Kontext von Angststörungen eine wertvolle Kompetenz darstellen, vor allem, wenn es infolge des Angsterlebens zu impulsiven und aggressiven Verhalten kommt.

Um Klient*innen das Konzept der Fußsohlen-Meditation vermitteln zu können, sollten zu Beginn Auslöser der im Fokus der Behandlung stehenden emotionalen Erregung identifiziert werden. Da bei vielen intellektuell beeinträchtigten Menschen Schwierigkeiten mit retrospektiven Berichten über vergangene Ereignisse vorliegen, bieten sich hierfür Rollenspiele an. Deren Inhalt kann sich an der individuellen Person und den Inhalten der emotionalen Erregung orientieren. Beispielsweise können Situationen durchgespielt werden, in denen Klient*innen von einer anderen Person verbal beleidigt und physisch bedroht werden oder von einer Person aus dem nahen Umfeld nicht freundlich behandelt und herumkommandiert werden. Können sich Klient*innen in die darauf resultierende emotionale Erregung hineinfühlen, können Sie die Fußsohlen-Meditation auf Basis des folgenden Instruktions-Vorschlags einführen:

Es gibt immer wieder Situationen, in denen Sie viel Wut/Angst/etc. fühlen. Dann möchten Sie vielleicht fluchen, um sich schlagen oder etwas kaputt machen. Dadurch können Sie sich selbst und andere Menschen verletzen. Deshalb ist es wichtig, diese Gefühle zu kontrollieren und sich zu beruhigen. Dafür gibt es einen Weg. Er besteht aus mehreren Schritten:

- 1) Nehmen Sie eine natürliche und bequeme Haltung ein. Sie können sitzen oder stehen. Halten Sie Ihre Fußsohlen fest und flach auf dem Boden.*
- 2) Atmen Sie natürlich ein und aus. Tun Sie sonst nichts.*
- 3) Denken Sie an das, was Sie wütend macht/was Ihnen Angst macht. Fühlen Sie die Wut/Angst. Lassen Sie die Wut/Angst zu. Beobachten Sie, welche Gedanken und Gefühle kommen. Lassen Sie die Gedanken und Gefühle kommen und gehen. Atmen Sie ruhig.*
- 4) Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf einen Punkt an den Fußsohlen. Fühlen Sie Ihre Zehen. Fühlen Sie die Schuhe an Ihren Füßen. Wie fühlen sich ihre Socken an? Wie fühlt sich der Boden unter Ihnen an? Atmen*

Sie ruhig und natürlich weiter. Konzentrieren Sie sich so lange auf Ihre Fußsohlen, bis Sie sich ruhig fühlen.

- 5) *Fühlen Sie sich wieder ruhig? Hat die Wut/Angst nachgelassen? Dann können Sie jetzt überlegen: Wie wollen Sie reagieren? Wollen Sie in der Situation bleiben? Wollen Sie einfach weggehen? Mit einem Lächeln auf dem Gesicht? Wie können Sie reagieren, ohne aggressiv zu sein?*

Üben Sie die Fußsohlen-Meditation wiederholt gemeinsam mit Ihren Klient*innen innerhalb der therapeutischen Sitzungen. Motivieren Sie dazu, auch Zuhause zu üben und beziehen Sie hierfür nach Möglichkeit das Umfeld mit ein. Als Erleichterung können Sie hierfür das Arbeitsblatt 1b aushändigen, welches die Schritte der Fußsohlen-Meditation in leichter Sprache darstellt. Wichtig ist, dass es bei der Fußsohlen-Meditation nicht darum gehen soll, die emotionale Erregung vollständig zu eliminieren! Nicht das Auftreten von emotionaler Erregung, sondern die Möglichkeit einer freien Entscheidung über die Reaktion auf diese steht im Fokus. Weisen Sie Ihre Klient*innen daher darauf hin, dass jeder Mensch in bestimmten Situationen Wut/Angst etc. verspürt und dies wichtige Hinweise darauf liefern kann, dass etwas nicht stimmt und verändert werden sollte. Trotzdem ist es in vielen Situationen wichtig die Erregung kontrollieren zu können, damit diese nicht die Überhand über das eigene Verhalten gewinnt. Die Fußsohlen-Meditation bietet eine Möglichkeit, die Erregung zum Aufhören zu bringen. Entscheidend dafür ist die Ausrichtung der Konzentration auf die Fußsohlen sowie das ruhige und natürliche Atmen. Bei Klient*, die Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeitsverlagerung auf die Fußsohlen haben, kann diese durch das Aufmalen oder -kleben eines Punkts an eine entsprechende Stelle an der Fußsohle erleichtert werden.

AB 22b

K

Fußsohlen-Meditation

Wenn man Angst oder Wut hat
kann man das oft nicht kontrollieren.

Diese 6 Schritte können helfen.

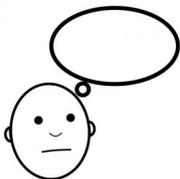
Machen Sie diese 6 Schritte nacheinander,
wenn Sie Angst oder Wut haben.



1) Nehmen Sie eine natürliche Haltung ein.



2) Atmen Sie ruhig ein und aus.



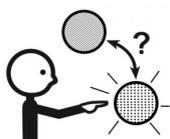
3) Beobachten Sie Ihre Gedanken und Gefühle.
Reagieren Sie nicht darauf.



4) Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit
auf einen Punkt an Ihren Fußsohlen.



5) Warten Sie, bis Sie sich ruhig fühlen.



6) Entscheiden Sie,
wie Sie reagieren möchten.

AB 23

K

Der Gedanken-Fluss

Gedanken und Gefühle sind nicht lange da.

Gedanken und Gefühle kommen und gehen.

Man muss dafür gar nichts machen.

Man muss die Gedanken und Gefühle einfach nur beobachten.

Und sie dann loslassen.

Sie können ihre Augen schließen.

Und sich einen Fluss vorstellen.

Auf dem Fluss schwimmen Blätter.

Auf jedem Blatt können Sie einen Gedanken oder ein Gefühl ablegen.

Dann können Sie das Blatt loslassen.

Und das Blatt schwimmt einfach weiter.

Probieren Sie es mal aus!



Referenzen

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Barnhill, J., Cooper, S. A., & Fletcher, R. J. (2017). *Diagnostic manual—intellectual disability 2 (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. NADD.
- Chapman, M. J., Hare, D. J., Caton, S., Donalds, D., McInnis, E., & Mitchell, D. (2013). The use of mindfulness with people with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Mindfulness*, 4(2), 179–189.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(8), 915–922.
- Domschke, K., & Hoyer, J. (2019). Angststörungen (ICD-10 F4). In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen—State of the Art* (14. Aufl., S. 269–282). Urban & Fischer.
- Došen, A. (2018). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene* (2., überarbeitete Auflage 2018). Hogrefe.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51–58.
- Government of Aragon. (2020). *Aragonese portal of augmentative and alternative communication (ARASAAC)*. Verfügbar unter <http://www.arasaac.org/index.php>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press.
- Hurley, A. D., Tomasulo, D. J., & Pfadt, A. G. (1998). Individual and group psychotherapy approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10(4), 365–386.
- Hwang, Y.-S., & Kearney, P. (2013). A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: Long-term practice and long lasting effects. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 314–326.
- Jennett, H. K., & Hagopian, L. P. (2008). Identifying empirically supported treatments for phobic avoidance in individuals with intellectual disabilities. *Behavior Therapy*, 39(2), 151–161.
- Kabat-Zinn, J. (1980). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Maïano, C., Coutu, S., Tracey, D., Bouchard, S., Lepage, G., Morin, A. J. S., & Moullec, G. (2018). Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 230–242.
- Oeseburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. C. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature review. *Intellectual and developmental disabilities*, 49(2), 59–85.
- Robertson, B. (2011). The adaptation and application of mindfulness-based psychotherapeutic practices for individuals with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*.
- Röttgers, H. O., & Wittbrock, S. (2019). Angststörungen: Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie. In T. Kircher (Hrsg.), *Kompendium der Psychotherapie: Für Ärzte und Psychologen* (S. 223–261). Springer.
- Royal College of Psychiatrists. (2001). *OP48 DC-LD: Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation* (Bd. 48). Springer Science & Business.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status*.
- World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10)*