



Psychoedukation bei Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen

**Bachelor-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science (B. Sc.) Rehabilitationspsychologie**

Vorgelegt von:	Marion Augustin
Matrikelnummer:	20112754
Kontakt:	Marion.Augustin@Student.AHW.HS-Magdeburg.de 017681971220
Erstgutachterin:	Prof. Dr. Gabriele Helga Franke
Zweitgutachterin:	Melanie Jagla, M.Sc.
Vorgelegt am:	08.09.2014

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Erstellung meiner Bachelorarbeit „Psychoedukation bei Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen“ durch ihren fachlichen oder persönlichen Beistand unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt meinen Eltern, Großeltern und Geschwistern, deren Hilfe und Rückhalt mir das Studium der Rehabilitationspsychologie erst möglich machten. Danke fürs „Immer in der Nähe sein“.

Weiterhin bedanke ich mich bei Frau Prof. Dr. Franke und Frau Jagla für ihre professionelle Betreuung bei der Erstellung dieser Arbeit.

Ein herzlicher Dank gilt Herrn Simon Gadisa, der sich nicht nur als Wegbegleiter durch das gemeinsame Studium, sondern auch als guter Freund und darüber hinaus als kompetenter Korrekturleser erwies.

Weiterhin bedanke ich mich bei Frau Cordelia Seehafer, die mich ebenfalls durch das Studium begleitete und durch deren Humor mir die Bearbeitung so mancher Aufgabe leichter fiel.

Abkürzungsverzeichnis

ABC	Aberrant Behavior Checklist
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.
BRK	Behindertenrechtskonvention
CC	Klassisches Konditionieren
CS	Konditionierter Stimulus
GB	Geistige Behinderung
DEGS1	Studie zur Gesundheit im Erwachsenenalter in Deutschland
DEGS1-MH	Modul der „psychischen Gesundheit“ in der Studie zur Gesundheit im Erwachsenenalter in Deutschland
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM	(engl. :) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
GAS	Generalisierte Angststörung
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IQ	Intelligenzquotient
KBT	Kognitive Verhaltenstherapie
NCS-R	National Comorbidity Survey Replication
OC	Operantes Konditionieren
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PPT	Power Point Folie
RCT	Randomisierte Kontrollstudie
SGB	Sozialgesetzbuch
SNRI	Serotonin- Norepinephrin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
UCS	Unkonditionierter Stimulus
VT	Verhaltenstherapie
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WMH-CIDI	World Health Organization World Mental Health Survey version of the Composite International Diagnostic Interview
ZNS	Zentralnervensystem

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Abkürzungsverzeichnis	3
1. Zusammenfassung.....	6
2. Theoretische Grundlagen	8
2.1. Geistige Behinderung	8
2.1.1. Definition	8
2.1.2. Ätiologie.....	10
2.1.3. Klassifikation nach ICD-10	12
2.1.4. Epidemiologie	14
2.1.5. Psychische Störungen als Komorbidität	15
2.1.6. Zugang zum Gesundheitssystem	17
2.2. Angststörungen	20
2.2.1. Evolutionäres Konzept der Emotion.....	20
2.2.2. Erscheinungsbild pathologischer Angst.....	22
2.2.3. Ätiologie.....	23
2.2.4. Störungsbilder	27
2.2.5. Epidemiologie.....	30
2.2.6. Komorbides Auftreten bei Menschen mit GB	33
2.3. Psychoedukation	35
2.3.1. Ziele	35
2.3.2. Rahmenbedingungen	36
2.3.3. Zugänglichkeit für Menschen mit GB	37
3. Praktischer Teil	39
3.1. Ziel der vorliegenden Arbeit.....	39
3.2. Lernziele für die Teilnehmer.....	40
3.3. Methodik	41

3.3.1.	Literaturrecherche.....	41
3.3.2.	Beschreibung der Modifizierung	42
3.3.3.	Leichte Sprache	45
4.	Ergebnisse.....	48
4.1.	Rahmenbedingungen	48
4.2.	Instruktionen zum Umgang mit den Teilnehmenden	49
4.3.	Überblick über Modulschwerpunkte.....	51
4.4.	Module	52
4.4.1.	Modul 1	52
4.4.2.	Modul 2	55
4.4.3.	Modul 3	57
4.4.4.	Modul 4	61
4.4.5.	Modul 5	65
4.4.6.	Modul 6	69
4.4.7.	Modul 7	74
4.4.8.	Modul 8	79
4.4.9.	Modul 9	84
5.	Diskussion.....	88
6.	Literaturverzeichnis.....	93
7.	Eidesstaatliche Erklärung	100
	Abbildungsverzeichnis.....	101
	Tabellenverzeichnis	102
	Anhangsverzeichnis.....	103
	Anhänge.....	103

1. Zusammenfassung

Das Risiko eine psychische Störung zu entwickeln ist für Menschen mit geistiger Behinderung im Gegensatz zu Menschen ohne geistiger Behinderung (GB) insgesamt 3-4 fach erhöht. Jenes rührt mitunter daher, dass der Entwicklung gesundheitsförderlicher und stressbewältigender Ressourcen vergleichsweise eine größere Anzahl an Einschränkungen unterliegt. Darunter zählen eine geringere Fähigkeit in Kommunikation, Selbstreflexion, dem Wahrnehmen, *anders* als andere zu sein und einem damit einhergehenden verminderten Selbstbewusstsein, etc.

Betrachtet man nun die Störungsgruppe der Angststörungen, deuten die Prävalenzen darauf, dass Erkrankungen aus diesem Formenkreis in der Allgemeinbevölkerung am häufigsten auftreten. Da psychische Erkrankungen bei Menschen mit GB derselben Ätiologie unterliegen, wie bei Menschen ohne GB, verwundert das ebenfalls hohe Auftreten der Angststörungen bei Menschen mit GB nicht. Aufgrund diagnostischer Schwierigkeiten und verminderter Forschungen gelten diese sogar noch als unterdiagnostiziert.

Nicht nur die Forschungsansätze und Assessmentverfahren sind bei Menschen mit GB in vermindertem Angebot auffindbar, sondern auch Behandlungsansätze. Behandlungen wären bei Menschen mit GB nicht ohne weiteres anwendbar, sondern bedürften einer auf deren spezielle Bedürfnisse angepasste Modifizierung. Diese soll die Therapien für Menschen mit Einschränkungen in Kognition, Kommunikation, Aufmerksamkeitskapazität etc. zugänglich und nachhaltig wirksam gestalten. Hierfür bieten sich einige Techniken an, wie die Anwendung des umfassenden Regelwerks der *Leichten Sprache*, einer verkürzten Sitzungsdauer bei gleichzeitiger erhöhter Sitzungsfrequenz, sowie das Abstrahieren der Inhalte auf möglichst konkrete Darstellungen.

Menschen mit Behinderungen steht ein gleichgestellter, multidimensionaler Zugang zum Gesundheitssystem zu, wie aus Sicht der Behindertenrechtskonvention rechtlich niedergeschrieben und vom Vertragsstaat Deutschland ratifiziert wurde. Daher sind fehlende bzw. unzureichende Anpassungen Evidenz-basierter Leitlinien der Behandlung von Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung für Menschen mit geistiger Behinderung nicht akzeptabel.

In den S3 Leitlinien ist der Ansatz der Psychoedukation unter jeder der einzelnen Angststörungen empfohlen worden, jedoch konnte in einer Literaturrecherche kein einziges modifiziertes Manual bei Menschen mit GB gefunden werden.

Daher macht es sich die vorliegende Arbeit zum Ziel, diese Lücke ein Stück weit zu schließen. Es werden zunächst alle Hintergründe und Grundlagen der einzelnen Komponenten geklärt, bevor dann im Methodenteil die möglichen Vorgaben einer Modifizierung vorgestellt werden. Aus allen recherchierten Informationen, die dafür als relevant angesehen wurden, konnte dann ein Manual zur Psychoedukation bei Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen entwickelt werden. Dieses umfasst bisher neun Module, welche hauptsächlich anhand zweier vorhandener Manuale zur Psychoedukation (einmal für Angst- und Panikstörungen, einmal als diagnoseübergreifende Anwendung) auf die Bedürfnisse von Menschen mit geistigen Behinderungen angepasst wurden.

Diese Therapie soll die Teilnehmer dazu befähigen, ihre Kompetenz im Umgang mit Symptomen hinsichtlich der Differenzierung, Selbsterkennung, Risikofaktoren zur Entstehung, etc., zu steigern und somit gesundheitsförderliche Kompetenzen zu maximieren und krankheitsbewältigende Ressourcen positiv zu beeinflussen.

Letztendlich werden Begrenzungen dieses Manuals kritisch dargestellt, um einer etwaigen weiteren Modifizierung erste Ansätze zu liefern.

2. Theoretische Grundlagen

Einleitend werden die Gegenstände, die inhaltlich für eine Erstellung eines Psychoedukationsmanuals bei Menschen mit geistiger Behinderung und komorbiden Angststörungen relevant sind, vorgestellt und erläutert. Dadurch entwickelt sich eine schrittweise Näherung an die Aufgabenstellung und eine Darstellung der Notwendigkeit dieser Arbeit. Gleichzeitig werden die Grundlagen für sowohl methodisches Werkzeug als auch für die zum Ziel erreichenden Schritte geschaffen.

2.1. Geistige Behinderung

Zunächst wird sich dem Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung zugewandt, wobei verschiedene Subthemen, wie Begriffsbestimmung, Grundlagen der Entstehung, diagnostische Besonderheiten, epidemiologische Daten, erhöhte Vulnerabilität und Grundlagen der gesundheitssystemischen Handhabung in ihrer Vielfalt beleuchtet werden.

2.1.1. Definition

Für das Merkmal einer geistigen Behinderung gibt es unterschiedliche Definitionen, welche aber oft Parallelen hinsichtlich ihrer Grundgedanken aufweisen. Jene werden anschließend an eine Darstellung des allgemeinen Behinderungsbegriffes aufgeführt.

Das neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX), welches für die rechtlichen Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland zuständig ist, sieht in jenen Menschen eine Behinderung, deren „körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (§ 2 Abs. 1 S. 1). Im SGB IX wird betont, dass sich deren Behinderungsbegriff an den Erörterungen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anlehnt.

In der ICF werden Behinderungen als Beeinträchtigungen auf organismischer Ebene (impairment), auf individueller Ebene (disability) und auf gesellschaftlicher Ebene (handicap), welche sich reziprok verhalten, erkannt. Behinderungen entstünden aus einer negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit Gesundheitsschaden und personen- sowie umweltbezogenen Kontextfaktoren. Somit gelten Menschen als behindert, deren biologische bzw. psychologische Funktionen nicht denen eines gesunden Menschen entsprechen und welche daher nicht allen Aktivitäten nachgehen können, die Menschen ohne diesem Gesundheitsproblem nachgehen könnten. Eine Entfaltung könnte nicht in allen ihnen wichtigen Lebensbereichen stattfinden, welche der Bevölkerung ohne der jeweiligen Behinderung jedoch zugänglich wären. Diese reduzierte Partizipation entstehe durch Barrieren in der

Umwelt. So sei laut ICF nicht das Individuum an sich behindert, sondern werde es durch die Umwelt behindert, welche den speziellen Bedürfnissen dieser Personengruppe, nicht nachkomme (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2010).

Auch die in Deutschland seit 2009 geltende Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen erklärt Behinderung als Produkt aus Umweltbarrieren und eingeschränkten Individuen, die folglich eine verminderte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erfahren (BMAS, 2011). Die BRK stellt in ihrem Präambel (BMAS, 2011, S. 204) klar:

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens –[sind] (...)

- e) in der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie [Menschen mit Behinderungen, d. Ver.] an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

Es entsteht ein Paradox über den Begriff der Behinderungen, da dieser einerseits mit deutlich negativen Stigmatisierungen der Gesellschaft einherginge (Möller, 2010) und gleichzeitig, wie eben erläutert, ein Produkt genau dieser zu sein scheint.

Nach dem Kapitel V (F) des ICD 10, der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, sind geistige Behinderungen unter dem Kapitel F70-F79 „Intelligenzminderungen“ klassifiziert. Definiert wird der Begriff der geistigen Behinderung (GB) nach Dilling, Mambour & Schmidt (2011, S. 308) wie folgt:

Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische oder soziale Fähigkeiten. Eine geistige Behinderung kann allein oder zusammen mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.

Da das ICD-10 das in Deutschland vorherrschende Kriterium für Diagnosestellungen darstellt (Möller, 2010), wird die spezifische Klassifikation der einzelnen Störungen in einem eigenen Subkapitel (vgl. 2.1.3.) vertiefend dargestellt.

Geistige Behinderungen gingen also charakteristischerweise mit Beeinträchtigungen in Kommunikation, Kognition und Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und daraus resultierend im Lernen, Planen und Handeln einher. Dadurch weise eine Person mit GB –verglichen mit Personen ohne GB– eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit auf (Schulte-Körne, 2014). Jenes führe weiterhin zu einer erschwerten Anpassung an schulische, soziale und berufliche Anforderungen (Häßler, 2011), sowie Unselbstständigkeit und Hilfebedarf in den alltäglichen Aktivitäten des Lebens (Schulte-Körne, 2014). Der Indikator für eine geistige Behinderung sei also eine geminderte Funktionsfähigkeit, welcher eine geistige Schwäche (Neumann et al., 2005), also ein unterdurchschnittlicher Intelligenzquotient (IQ) (Möller, 2010) vorangeht.

Insgesamt entstehe GB aufgrund einer negativen Wechselwirkung zwischen den Ressourcen einer Person und ihren Aufgaben in der sozialen Welt, die die Gesellschaft als wichtig erachte (Neuhäuser & Steinhausen, 2013), was sich sinngemäß in vorangegangene Definitionen von Behinderung allgemein einordnen lässt.

2.1.2. Ätiologie

Im DSM-V (engl.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und weiterer diesbezüglich unterstützender Quellen wird die Ätiologie der geistigen Behinderung in drei Phasen unterschieden: pränatal, perinatal und postnatal (American Psychiatric Association, 2013). Genannte Gruppierungen werden nachfolgend im grundlegenden Sinne jeweils dargestellt:

Pränatal

Hierunter sind Umstände zu verstehen, die schon vor der Geburt die Entstehung einer geistigen Behinderung bedingen, indem sie genetisch bedingten Syndrome, Stoffwechselerkrankungen oder Fehlbildungen des Gehirns hervorrufen. Jene trügen zum Indikator der GB, dem verminderten IQ, bei und seien wiederum auf genetische Mutationen, Störungen der Chromosomenreplikation, Erkrankungen oder Intoxikation der Mutter während der Schwangerschaft (z.B. durch Drogen, Alkohol) (American Psychiatric Association, 2013), Umweltgiften oder intrauterinen Virusinfektionen (Neuhäuser & Steinhausen, 2013) zurückzuführen. Es sei zu beachten, dass „selbst das sogenannte soziale Trinken der Mutter in der Schwangerschaft (...) einen statistischen Zusammenhang mit einer IQ-Minderung von mehreren Punkten [aufweist]“ (ebd., S. 22).

Bekannte Beispiele für Syndrome, welche sich pränatal entwickeln und mit Intelligenzminderung assoziiert werden, wären unter anderem Trisomie 21 (Down-Syndrom), das Fetale Alkohol-Syndrom

und das Fragile X-Syndrom (Häßler, 2011). Menschen mit ein und demselben Syndrom haben oft sich sehr ähnelnde Eigenschaften, was auch als „Verhaltensphänotyp“ (Sarimski, 2013, S. 56) bezeichnet werde. Ebenso trete oft ein verändertes, aber innerhalb der Syndrome ähnliches, Erscheinungsbild auf (Steinhausen, 2005). Anomalien träten häufig auch an denselben Organen auf, was das Risiko bestimmter Erkrankungen oder Fehlfunktionen erhöhe (ebd.).

Genetisch und biologisch bedingte Ursachen seien als Hauptfaktoren bei der Entstehung einer GB anzusehen. Ihnen seien, aufgrund technischer Fortschritte in der Diagnostik, immer mehr zuvor als idiopathisch geltende Behinderungen zuzuschreiben (Gontard, 2013). Laut Neuhäuser und Steinhausen (2013) führen sie überwiegend zu schweren geistigen Behinderungen (IQ<50).

Perinatal

Zu den perinatalen Ursachen zählen unter anderem neonatale Virusinfektionen und Ischämien, beispielsweise durch placentare Unterversorgung (Neuhäuser & Steinhausen, 2013) oder einer Reihe weiterer möglicher Geburtskomplikationen (American Psychiatric Association, 2013). Diese führen nicht selten durch ungünstige Verformung des Kopfes zu „Geburtstraumen“, also Verletzungen des Gehirns (Neuhäuser, 2013, S. 132). Risikofaktoren dafür seien eine ungünstige Lage des Kindes in der Gebärmutter (z.B. Querlage), Frühgeburten und die Notwendigkeit der Anwendung von medizinischen Geräten zur Beschleunigung einer Geburt (z.B. Vakuumentraktion) (ebd.).

Postnatal

Zu den postnatalen Risikofaktoren zählen ebenfalls neonatale virale oder bakterielle Infektionen oder Kontakte mit Umweltgiften (wie Blei, Quecksilber etc.). In den frühen Jahren können fehlende Vorsorgeimpfungen, sowie Schädel-Hirn-Traumata (durch Misshandlung, Stürze, Unfälle etc.) zu einer GB führen (American Psychiatric Association, 2013). Weiterhin könnten ungünstige psychosoziale Bedingungen und soziokulturelle Einflüsse, wie beispielsweise eine psychosoziale Deprivation, mangelnde Anregungsfaktoren, fehlende soziale Integration oder eine fehlende Aufklärung über Risikofaktoren (Alkohol, Mangelernährung etc.) zu einer verminderten Hirnreifung beitragen. Dies könne sich dann vor allem bei schon vorhandener genetischer Disposition in einer Form der geistigen Behinderung äußern (Neuhäuser & Steinhausen, 2013).

Betrachtet man Gefahren wie Hirntumoren, Entzündungen des Zentralnervensystems (ZNS), Intoxikationen, Schädel-Hirn-Traumata oder durch Erkrankung hervorgerufene Sauerstoffunterversorgungen

(Neuhäuser, 2013) stellt man fest, dass geistige Behinderungen bis ans Lebensende entwickelt oder erworben werden können.

2.1.3. Klassifikation nach ICD-10

Auch im ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der IQ-Wert als ausschlaggebendes Merkmal zur Diagnosevergabe einer der vier Schweregrade einer geistigen Behinderung vorgegeben (*Tabelle 1*) (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011). Nachfolgend werden die Beschreibungen dieser Schweregrade präsentiert, wobei sich dabei komplett auf Dilling et al. (2011) bezogen wird. Anschließend werden Forderungen an diagnostische Kriterien vorgestellt.

Tabelle 1 Klassifikation der GB durch IQ-Werte, adaptiert nach der ICD-10 (Dilling et al., 2011)

Klassifikation nach ICD 10	ICD-10-Codierung	IQ-Werte
Leichte Intelligenzminderung	F 70	50-69
Mittelgradige Intelligenzminderung	F 71	35-49
Schwere Intelligenzminderung	F 72	20-34
Schwerste Intelligenzminderung	F 73	< 20

F70 Leichte Intelligenzminderung

- Verzögerung der sprachlichen Entwicklung, jedoch für den alltäglichen Gebrauch ausreichend
- Probleme in schulischer und beruflicher Anpassung
- Schwierigkeiten bei vielen theoretischen Aufgaben wie Lesen und Schreiben
- Einsatz in praktischen Berufen möglich
- Selbstversorgung und Bewältigung des Lebensalltags möglich

F71 Mittelgradige Intelligenzminderung

- Unterschiede in sprachlicher Entwicklung reichen von der Äußerung von Basisbedürfnissen bis zur Teilnahme an einfachen Unterhaltungen
- Kompensation sprachlicher Einschränkungen durch unterschiedliche Hilfsmittel möglich
- Unterschiedliche Ausprägungen der visuell-räumlichen Vorstellungen
- Begrenzung des Potenzials in Bereichen der Selbstversorgung, sowie schulischen und praktischen Fertigkeiten
- Selbstständiges Versorgen meist nicht möglich
- Arbeiten und Übernahme einiger sozialer Aufgaben welchen eine leichte Struktur unterliegt ggf. mit Hilfestellungen und unter Aufsicht möglich

F72 Schwere Intelligenzminderung

- Meist organisch bedingt, durch Fehlentwicklung oder Schädigung des ZNS
- Klinisches Bild ähnelt dem der unteren Grenze einer mittelgradigen Intelligenzminderung
- Vorhandensein motorischer, stark einschränkender Schwächen

F73 Schwerste Intelligenzminderung

- Obliegt meist organischen Ursachen
- Meist komplette Abhängigkeit von Hilfestellung oder Übernahme der Tätigkeit in der Befriedigung jeglicher Grundbedürfnisse
- Stark ausgeprägte motorische Ausprägung bis hin zur Immobilität
- Häufiges Auftreten einer Inkontinenz
- Kommunikation nur in geringem Maße möglich
- Leichte Tätigkeiten können unter häufiger Anleitung erlernt werden
- Schwere neurologische Störungen oder Ausfälle

Da Diagnosen anhand der ICD-10 Kriterien und deren Bezug auf IQ-Werte vergeben werden (Möller, 2010), müsse die Diagnostik primär in Form eines mess- und vergleichbaren IQ-Tests vorgenommen werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2010).

Bei der Auswahl des Testverfahrens sei äußerst auf eine „Berücksichtigung des individuellen Leistungsniveaus und zusätzlicher spezifischer Behinderungen, wie Sprachproblemen, Hörvermindierungen und [körperlicher] Schwierigkeiten“ (Renschmidt, Schmidt & Poustka, 2011, S. 306) zu achten.

Eine genaue Testung in den unteren IQ-Bereichen sei aufgrund fehlender Mittel zu einer ausreichend validen Datenerhebung kaum möglich (American Psychiatric Association, 2013; Renschmidt & Niebergall, 2011) und eine Diagnosevergabe nur anhand des IQs daher nicht optimal (Renschmidt & Niebergall, 2011). Auch die WHO verweist darauf, erhobene IQ-Werte nicht starr zu betrachten, sondern weitere Aspekte, wie dem „klinische[n] Eindruck, Anpassungsverhalten, gemessen am kulturellen Hintergrund des Individuums“ (Renschmidt et al., 2011, S. 305) und Bewältigung der Anforderungen im Alltag mit einzubeziehen. Dies erfordere eine multidimensionale Diagnostik (Häßler, 2007; Renschmidt & Niebergall, 2011), wobei Häßler (2007) die Erhebung der Anamnese, des Entwicklungsstandes und –verlaufs und weitere medizinische und psychologische Tests als unentbehrlich erachtet. Um in der Anamnese ausreichend umfangreiche Informationen zu erhalten, sei es von Vorteil, mehrere verlässliche Quellen heranzuziehen (ebd.). Diesem sei vor allem vor dem Hintergrund

einer erschwerten Möglichkeit der Exploration und einer verminderten Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen zu berücksichtigen (Schulte-Körne, 2014).

Die genaue Feststellung des Schweregrads der intellektuellen Einschränkungen und der jeweiligen körperlichen, psychologischen und sozialen Beeinträchtigungen sei laut Häßler (2011) trotz allem unabdingbar, um eine weitere Diagnostik differenzieren, daraus adäquate Hilfestellungen ableiten und angemessene Interventionen planen zu können.

2.1.4. Epidemiologie

Über die Verbreitung geistiger Behinderung lassen sich unterschiedliche Aussagen finden, so wird im DSM-5 auf ein Auftreten geistiger Behinderung von ungefähr 1% der Allgemeinbevölkerung verwiesen (American Psychiatric Association, 2013). Laut Steinhausen (2005) könne aus internationalen Erhebungen von einem Erwartungswert von 2-3% ausgegangen werden. Die amtliche Schulstatistik vom Jahre 2009/2010 hingegen berichtet von einem nationalen Bundesdurchschnitt von jährlich 0,73% der Schüler-/innen, welche mit der Diagnose einer geistigen Behinderung in Förderschulen eingeschult werden (Dietze, 2011).

Eine internationale Metaanalyse von 52 zwischen 1980 und 2009 durchgeführten Studien enthält weitere Aufschlüsse über die Epidemiologie der GB. Die Ergebnisse zeigten eine Gesamtprävalenz von weniger als 1% bevölkerungsweit. Von 1000 Menschen erfüllten 10.37 die Kriterien einer GB, wobei Menschen in Ländern mit hohem Einkommen (z.B. Deutschland) weniger betroffen seien (9.21/1000) als Menschen in Ländern mit geringem Einkommen (z.B. Bangladesch) (16.41/1000). In Ländern mit mittlerem Einkommen (z.B. Cuba) seien durchschnittlich 15.94 von 1000 Einwohnern betroffen. Diese Unterschiede sind enorm, beachte man, dass in Ländern mit wenigem bis mittlerem Einkommen fast doppelt so viele Menschen eine geistige Behinderung aufweisen als Menschen, die in einem Land mit höherem Einkommen leben. Je höher also der Wohlstand eines Landes, desto niedrigere Prävalenzraten konnten festgestellt werden. Die Studie diskutierte diesen Befund und betrachtet Fakten wie niedrigere Hygienestandards, welche zu postnatalen Infektionen beitragen können, höhere Geburtenrate und geringere oder fehlende Vorsorgeuntersuchungen als Risikofaktoren, welche in ärmeren Ländern vermehrt vorkämen. Betreffend der Wohngegenden konnten ähnliche Befunde erhoben werden, so würden ärmere Gegenden pro 1000 Einwohner 21.23 Menschen mit einer geistigen Behinderung aufweisen, was im Gegensatz zum bevölkerungsweiten Durchschnitt von 10.37/1000 sehr hoch erscheint. Die Geschlechterrate dieser Überblicksarbeit variiere von weiblich zu männlich zwischen 0.7 und 0.9 (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua & Saxena, 2011).

2.1.5. Psychische Störungen als Komorbidität

Nachstehend werden Stellungen zu Themen aufgezeigt, welche sich mit dem komorbiden Auftreten psychischer Störungen bei Menschen mit GB und den Gründen dieses vermehrten Auftretens beschäftigen.

Dass Menschen mit GB ein überdurchschnittlich erhöhtes Risiko hätten, psychische Probleme bzw. Erkrankungen zu entwickeln, scheint wohl aufgrund häufiger Erwähnungen (American Psychiatric Association, 2013; Frei, 2001; Frei, Furger & Kehl, 2001; Hennicke, 2007; Myrbakk & Tetzchner, 2008; Pörtner, 2001; Sappok, Voß, Millauer, Schade & Diefenbacher, 2010; Schulte-Körne, 2014) in der wissenschaftlichen Welt akzeptiert zu sein. Auch der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BPD) (2009) stimmt dem zu. Psychische Störungen träten demnach drei bis vier Mal häufiger auf als bei Menschen mit GB, als bei Menschen ohne GB auf (American Psychiatric Association, 2013; Dilling et al., 2011; Häßler, 2011; Hennicke, 2007). Je höher der Schweregrad der GB sei, desto schwerwiegender bzw. häufiger sei das Auftreten psychischer Probleme einzuschätzen (Frei, 2001).

Einen bestehenden Risikofaktor zeigten Myrbakk & Tetzchner (2008) in ihrer Arbeit, in welcher sie den Zusammenhang zwischen problematischem Verhalten und dem Auftreten psychopathologischer Befunde bei Menschen mit GB untersuchten. Ausgegangen von einer Population von 142 Menschen mit geistiger Behinderung wiesen 71 Probanden Verhaltensauffälligkeiten auf, während die Vergleichsgruppe, bestehend aus der zweiten Hälfte der Population, keine aufwies. Ob eine Person verhaltensauffällig sei oder nicht wurde durch die *Aberrant Behavior Checklist (ABC)* mit ihren Skalen „(I) irritability (15 items), (II) lethargy (16 items), (III) stereotypy (7 items), (IV) hyperactivity (16 items), and (V) inappropriate speech (4 items)“ (ebd., S. 321, Herv. d. Verf.) erhoben. Anhand vier weiterer Tests, welche an der gesamten Population durchgeführt wurden, wurden anschließend etwaige psychiatrische Störungen aufgedeckt. Die Resultate zeigten, dass 69% der Gruppe mit Verhaltensauffälligkeiten eines oder mehrere psychopathologische Symptome aufwies, wohingegen nur 29% der Vergleichsgruppe welche aufwies. Somit sei deren Hypothese, Menschen mit GB und Verhaltensauffälligkeiten würden häufiger psychische Störungen entwickeln, als bestätigt anzusehen (ebd.). Betrachtet man die Skalennamen der *ABC* (dt.: Reizbarkeit, Lethargie, stereotypes Verhalten, Hyperaktivität und unangebrachte Sprache), scheint der Zusammenhang nicht verwunderlich.

Überdies stellen vor allem entwicklungsphasentypische Anforderungen wie z.B. die Pubertät oder das Ablösen aus dem Elternhaus oft große Hindernisse dar und äußern sich in Überforderung (BDP,

2009). Dies könne aus der nicht selten eingeschränkten Kommunikation oder spezifischen Konfliktbewältigungsmechanismen (ebd.), reduzierten Problemlöse- und Introspektionsfähigkeiten und einem reduziertem Austausch mit anderen Personen bzw. Beratungsforderungen (Sappok et al., 2010) entstehen.

Ein erhöhtes Risiko sei auch gegeben, da „Beeinträchtigungen von Entwicklungsfunktionen in Folge der Hirnreifungsstörung [entstünden, weshalb] beeinträchtigte kognitive und kommunikative Entwicklung (Aufmerksamkeitssteuerung, Informationsverarbeitung, Handlungsplanung, emotionale Selbstregulation, Sprachverständnis und Mitteilungsmöglichkeiten)“ (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 13) zu einer erschwerten Adaption an soziale Anforderungen führten. Für Personen mit GB stelle somit eine reibungslose und problemlose Gestaltung des Alltags im Umgang mit anderen eine große Herausforderung dar (ebd.). Trotzdem müsse beachtet werden, dass „Defizite in Kognition, Motorik und Wahrnehmung einen bedeutenden Einfluss auf die psychische Entwicklung ausüben, [es jedoch falsch wäre], hieraus den Schluss zu ziehen, dass mit der hirnorganischen Schädigung eine psychische Fehlentwicklung bereits festgelegt ist“ (Frei, 2001, S. 14).

Fernerhin wird der Erwerb psychischer Störungen bei Menschen mit GB aus entwicklungspsychologischer Sicht diskutiert. So führt Frei (2001) an, dass Kinder mit geistigen Behinderungen schon im Säuglingsalter Verhaltensauffälligkeiten zeigen, welche bei den Eltern (oftmals über das Bestehen einer Behinderung noch nichts wissend) einen Zustand der Ablehnung, Unsicherheit und Ängstlichkeit dem Säugling gegenüber auslösen könnten. Weiterführend resultiere hieraus ein gestörter Interaktionsprozess zwischen Eltern und behindertem Kind. Dieser ziehe sich destruktiv durch die Entwicklung des Kindes, „die Defizite im psychischen Entwicklungsprozess des Kindes setzen sich (...) [also] fort und potenzieren sich“ (ebd., S. 16). Resultat hieraus sei eine weitere Behinderung des Kindes, da eine gelungene Anpassungsfähigkeit an die soziale Umwelt hierunter leide. „Diese doppelte Erschwernis (...) des geistig behinderten Kindes und Erwachsenen gegenüber der sozialen Umwelt erklärt in erster Linie die Häufigkeit psychischer Störungen“ bei Menschen mit GB (ebd., S. 17).

Falsche Interaktionsmuster, sowie das Treffen vieler Entscheidungen über den Kopf des Kindes hinweg oder das In-Schutz-Nehmen des Kindes vor möglichen Gefahren in einer sozialen Welt, trügen dazu bei, dass bestimmte Ressourcen wie Selbstbewusstsein, Durchsetzungsvermögen, verbale Verteidigungsstrategien etc. nicht oder nicht genügend erlernt werden könnten (Sarimski & Steinhausen, 2008). Weiter sei aufgrund der kognitiven Defizite die ressourcenstarke emotionale und soziale Entwicklung beeinträchtigt (Häßler, 2007).

Neben einer erhöhten Häufigkeit psychischer Komorbiditäten seien bei Menschen mit GB auch somatische Erkrankungen in erhöhtem Maße vertreten (Häßler, 2011), welche schon bei einem Tagesablauf ohne die zusätzlich Last (wie einem somatischen Leiden, d. Verf.) Schwierigkeiten in der Anpassung und Bewältigung aufweisen (Häßler, 2007).

Betrachtet man all jene Faktoren und weiterhin noch den Fakt eines gleichen Entstehungsmechanismus psychischer Störungen „in Form von Wechselwirkungen von individuellen biologischen und psychosozialen Bedingungen und Faktoren“ (Hennicke, 2007, S. 4) wird klar, dass psychische Störungen deshalb gehäuft bei Menschen mit GB vorkommen, da diese einem erhöhten Stressniveau (Davis, Saeed & Antonacci, 2008) mit gleichzeitig verminderten Ressourcen zur Kompensation (Lingg, 2001) gegenüberstünden. Auch der BDP (2009) bestätigt jene behinderungsbedingt erschwerte Entwicklung mit gleichzeitig verminderten subjektiven und objektiven Ressourcen des Individuums, was sich häufig in psychischen Krisen äußere.

2.1.6. Zugang zum Gesundheitssystem

Durch die BRK verpflichtet sich Deutschland unter § 25, Abs. 2 dazu, Menschen mit GB „eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung“ (BMAS, 2011, S. 211) zu stellen, wie Menschen ohne GB. Ihr Recht auf Teilhabe, was in der BRK eines der allgemeinen Ziele darstelle (BMAS, 2011), schließe jedoch zusätzliche Unterstützungen ein, um die Betroffenen zu autonomen Entscheidungen und Handlungen befähigen zu können (BDP, 2009).

Wie das Angebot der Interventionen, die Entwicklung spezieller Diagnostikverfahren, und die Verbreitung forschungsorientierter Ansätze unter der Gruppe von Menschen mit GB vertreten sind, wird nachfolgend vorgestellt.

Leistungen

Aus dem erhöhten Risiko, psychische Erkrankungen und Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aufzufinden, ginge die Wichtigkeit eines weiten Angebotes an Interventionen hervor (Sappok et al., 2010). Da allgemeine psychotherapeutische Konzepte nicht ohne weiteres bei Menschen mit GB angewandt werden können, erfordern diese entweder eine Modifizierung oder eine Ergänzung (BDP, 2009; Pörtner, 2001). Weiterhin soll das soziale Umfeld wo möglich in die Therapie mit einbezogen werden, um Entwicklungsfortschritte der Betroffenen nachhaltig zu generalisieren, bzw. diese bestmöglich zu unterstützen (BDP, 2009). Weiterhin müssten Konzepte sprachlich abge-

ändert werden, sowie die Klienten in ihrer Kommunikation unterstützt werden, um eine Therapie zu ermöglichen (ebd.).

Zwischen den Ansprüchen und den tatsächlichen Leistungen bestehe jedoch, mit wenigen Ausnahmen, eine große Lücke (Seidel, 2005). Vorhandene Therapiekonzepte würden nicht in ausreichendem Maße an die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit GB adaptiert werden (Davis et al., 2008) und dies obwohl „Psychotherapie auch – oder gerade – für Menschen mit geistiger Behinderung durchaus sinnvoll ist, wenn die spezifischen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden“ (Pörtner, 2001, S. 61).

Diese Sinnhaftigkeit bestätigt eine englische Studie, in welcher die Therapiezufriedenheit von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Auffälligkeit bzw. Störung untersucht wurde. 20 Probanden erhielten Psychotherapieleistungen über zwei Jahre. Ihnen wurden danach je zwei (an die Bedürfnisse behinderter Menschen) angepasste Fragebögen (The Experience of Service Questionnaire; The Satisfaction with Therapy and Therapist Scale – Revised) vorgelegt, um sowohl quantitative, also auch qualitative Daten zu erheben. Die Ergebnisse zeigten eine erheblich Therapiezufriedenheit unter den Teilnehmenden. Die Durchschnittswerte bewegten sich zwischen 4.27 und 4.32 auf einer Skala mit einer Höchstpunktzahl 5. Nur einer der 20 Teilnehmenden berichtete keine Besserung seiner Symptome nach der Therapie (Khan & Beail, 2013).

Durch den trotzdem bestehenden Zweifel der Therapierbarkeit seien selten Konzepte auf die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung angepasst (Frei, 2001; Wunder, 2011), und dies trotz der Tatsache, dass „Menschen mit leichter, aber auch mit mittelgradiger geistiger Behinderung der Psychotherapie zugänglich sind“ (Wunder, 2011, S. 38). Das Vorliegen einer geistigen Behinderung gälte aber oftmals ein Ausschlusskriterium verschiedener Therapiekonzepte (Frei, 2001). Da beim Vorliegen einer Doppeldiagnose wenn überhaupt nur die Hälfte des Problems gelöst werden könne, denn „geistig behindert bleibt er [der Klient, d. Verf.] dennoch“, scheint die psychotherapeutische Behandlung „wenig lukrativ“ und werde möglicherweise auch deshalb in vermindertem Maße angeboten (ebd., S. 18). Mehr und mehr werde das Psychotherapieangebot jedoch als Recht der Menschen mit Behinderung angesehen (ebd.). Trotzdem müsse die Ausbildung in diesem Gebiet vertieft und die Diskrepanz einer erhöhten Zeitaufwandes bei ungenügender Entlohnung abgeschafft werden (Wunder, 2011).

Derzeit ist nur ein kleiner Teil des psychologischen Behandlungsspektrums nach Leistung der Krankenversorgung nach SGB V für Menschen mit GB zugänglich. Hilfesysteme an sich seien noch immer nicht ausreichend auf die kognitiven oder sozial-emotionalen Einschränkungen angepasst. So könnten beispielsweise Standardbedingungen der ambulanten Psychotherapie aufgrund methodischer und zeitlicher Bedingungen derzeit nicht auf den Personenkreis von Menschen mit GB übertragen werden (BDP, 2009; Pörtner, 2001). Dass Krankenkassen meist nicht bereit seien, einen erhöhten Kostenaufwand zu übernehmen, sei fatal, denn dieser sei allein schon durch das erhöhte Zeitpensum und einen meist nötigen Einbezug Angehöriger unabdingbar. Jenes unterstreicht die Notwendigkeit spezifisch angepasster Angebote für geistig behinderte Menschen (BDP, 2009).

Die wenigen Anwendungen, welche vorhanden sind, kämen hauptsächlich aus verhaltenstherapeutischer Richtung und brächten unter anderem viele Vorschläge zur Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten. Dadurch könne die Vermittlung subjektiver Empfindungen und somit eine Entlastung negativer Zustände gewährleistet werden. Daneben werde häufig soziales Kompetenz-Training angewandt, da Kompetenzen einer subjektiven Selbststeuerung als sehr wichtig erachtet werden. Durch verbesserte Fähigkeiten in Interaktionen sollen Betroffene wieder in der Lage sein, für sich zufriedenstellend in der Umwelt zu agieren. Um aber beste Ergebnisse zu erreichen, wäre eine multidimensionale Behandlung wünschenswert (Schulte-Körne, 2014).

Diagnostik

Aufgrund kommunikativer Einschränkungen seien vorzugsweise objektive Beobachtungen nötig, um komorbide psychische Störungen zu diagnostizieren (Dilling et al., 2011). Bisher könnten diese zwar hauptsächlich durch Verhaltensbeobachtung und Fremdbeurteilung diagnostiziert werden, jedoch sei die Grenze zwischen Symptom einer geistigen Behinderung und Symptom einer psychischen Störung höchst unscharf (Schulte-Körne, 2014; Seidel, 2008, 2013). Den Testgütekriterien entsprechende Assessmentverfahren für Testungen mit den Betroffenen seien nur rar vorhanden (Davis et al., 2008), und jene bereits modifizierte müssten noch ausreichend geprüft werden (Beail, 2010).

Studien

Die Zugänglichkeit von Menschen mit GB zu psychotherapeutischer Behandlung sei bisher hauptsächlich durch Einzelfallstudien und Stellungnahmen einzelner Psychotherapeuten, als durch breit gefächerte empirische Studien bekannt (Buchner, 2011). Jenes unterstreicht die Lücken im Bestehen wissenschaftlicher Studien und empirischer Forschungen mit RCTs, wie sie in der Psychotherapieland-

schaft an und für sich schon unternommen werden (ebd.). Der Planung und Durchführung repräsentativer Studien solle daher mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden (Davis et al., 2008).

Die Durchführung valider Studien sei mit einer Reihe von Problemen behaftet. Das oft fehlende Vokabular der Zielgruppe stelle für Forscher einen erschwerten Zugang zu gewünschten Daten dar. Die kognitiven Einschränkungen erfordern einen erheblichen Abbau von Barrieren hinsichtlich der Länge und Komplexität von Fragen- und Antwortformaten. Immer noch komme es zu unzufrieden stellenden Divergenzen zwischen Ergebnissen aus Selbst- und Fremdfragebögen, sowie Selbst- und Fremdinterviews. Testfehler gelte es verstärkt durch Evidenz-basierte Modifizierungen der Tests mit dem Ziel der Zugänglichkeit für Menschen mit GB auszuschalten (Finlay, W. M. L. & Lyons, 2001).

Forschungen im Bereich der Therapieeffektivität seien durch die Anwendungen von randomisierten Kontrollstudien (RCT) zu validieren. Die Gestaltung dieser sei allerdings höchst kompliziert, betrachte man die Forderungen nach einer statistisch ausreichenden Anzahl an Personen, welche ein gewisses Maß an Homogenität hinsichtlich des Grades der geistigen Behinderung und der komorbiden Störung aufweisen müssen. Weiterhin seien geistig behinderte Menschen möglicherweise nicht ausreichend genug in der Lage, ihre Vor- und Nachteile und ihre Rechte, beispielsweise zum des Austritt aus einer Studie, zu verstehen. Jenes wirft ethische Zweifel auf, welche es durch Weiterentwicklung bisheriger Methoden zuerst auszuschalten gilt (Beail, 2010).

2.2. Angststörungen

Der nächste Themenblock wird den Leser über die Angst allgemein mit ihrem eigentlichen Schutzmechanismus aufklären, wonach zu pathologischer Angst, welche mit einem erheblichen Störfaktor einhergeht, übergeleitet wird. Weiterhin finden sich Informationen zu den Störungsbildern der einzelnen Angststörungen (unter anderem nach dem ICD-10) und deren Epidemiologie. Wie sich ein Auftreten von Angststörungen bei Menschen mit GB äußern kann und welche Unterschiedlichkeiten der Umgang von Menschen mit und ohne GB mit komorbider Angststörung aufweist, wird anschließend diskutiert.

2.2.1. Evolutionäres Konzept der Emotion

Als eine der Basis-Emotionen der Menschen erfülle Angst ganz besondere Zwecke, „liegt als Primärafekt bereits zu Beginn der ontogenetischen Entwicklung vor (...) [und trägt] entscheidend zu einer sicheren zwischenmenschlichen Bindung und risikobewussten Auseinandersetzung mit der Umwelt

bei“ (Kapfhammer, 2011, S. 500). Daher sei ihr keinesfalls bei jedem Auftreten ein Störungswert zu zuschreiben (ebd.).

So bringe diese oft als unangenehm empfundene Emotion einen Überlebensvorteil mit sich (Stavemann, 2003; Wittchen & Jacobi, 2004), denn durch ihr Auftreten erfolgten kognitive Prozesse, durch welche Menschen Gefahren besser erkennen und adäquate Bewältigungsstrategien entwickeln, bzw. uns an welche erinnern, und diese anwenden können. Stehen Menschen unter Angst, führe dies zum Ausschütten von Stresshormonen, welche unseren Organismus aktivieren und wodurch mehr Leistung abrufbar wäre, welche das Überleben sichern soll. Somit sei mit Angst ein „evolutionärer Vorteil“ (Stavemann, 2003, S. 26) verbunden, welcher sich in einer erhöhten Bewältigungsleistung bei der Gefahrenabwehr äußere (ebd.).

Nachfolgend sollen stichpunktartig durch Angst hervorgerufene, physiologische Veränderung nach Barlow (2004) vorgestellt werden, die in Gefahrensituationen von Nutzen sein können und als Vorbereitung auf Flucht oder Kampf dienen, wodurch der evolutionäre Vorteil einer Angstreaktion ersichtlich werden soll:

- Umstrukturierung des Herz-/Kreislaufmechanismus mit Fokus auf Skelettmuskeln (beim Fliehen und beim Verteidigen ist eine gute Durchblutung dieser förderlich) und mit verminderter Durchblutung der peripheren Gefäße (z.B. in der Haut, woher Blässe und Frieren bei Angst rühren)
- Beschleunigte, tiefere Atmung (um mehr Sauerstoff aufzunehmen)
- Erhöhung des Zuckergehalts im Blut, um das Mehr an Sauerstoff im Blut binden und vor allem an das Gehirn und Muskeln transportieren zu können
- verstärkte Durchblutung des Gehirns mit Folge der erhöhten Wachheit und Konzentrationsfähigkeit
- Weitung der Pupillen, was die Sehleistung verbessert
- Verbesserte Hörleistung
- der mit der Angst einhergehende Zustand des Schocks, um bei Verletzungen den Blutverlust möglichst gering zu halten

Nur wer imstande war, den Zustand der Angst und folgende daraus resultierende Reflexe in Gefahrensituationen für sich zu nutzen, hätte wohl evolutionstheoretisch gesehen überlebt (ebd.).

Heutzutage könne Angst eine wichtige Rolle bei der Planung und Gestaltung der Zukunft spielen. Da Gedanken daran oft mit Angst einhergehen würden, solle eine bessere intellektuelle Leistung möglich sein und etwaige Eintrittsfälle der Zukunft reichlicher durchdacht werden. Außerdem würde eine erhöhte Kreativität bei der Problemlösung erreicht werden können, wenn über angstbehaftete Gedanken an mögliche Konsequenzen bei Versagen nachgedacht werde. Überdies sei Angst wichtig für die Anpassung an die Umwelt, betrachte man beispielsweise die Angst vor Wertverletzungen im Umgang mit anderen Menschen, welche vor sozialer Ausgrenzung schützt (ebd.).

Angst rufe also biologische Prozesse im Körper hervor, welche auf das Verhalten wirken. Barlow (2004) betont dies so:

For centuries scientists, approaching behavior from an evolutionary point of view, have argued persuasively that biology serves behavior. In this view, all biological processes have a purpose or a function in behavioral or emotional expression that enhances adaption and survival (S. 180).

2.2.2. Erscheinungsbild pathologischer Angst

Als pathologische Angst könne bezeichnet werden, wenn kognitive, emotionale und körperliche Reaktionen, sowie das darauffolgende Verhalten in keinem angemessenen Maße mehr stattfinden und Betroffene dadurch in ihrem Alltag eingeschränkt werden (Wittchen & Jacobi, 2004). Die Angst entwickle eine Art Eigendynamik, die mit der Realität nicht mehr vereinbar sei und durch welche sich die Symptome immer weiter steigern würden (Hoffmann & Hofmann, 2012; Wittchen & Jacobi, 2004). Erkrankte leiden oft unter der eigenen Annahme, „verrückt zu werden“ (Hoffmann & Hofmann, 2012, S. 48).

Weiterhin nehme pathologische Angst ein Erregungsniveau und eine Gefahrenattribution in einem derart hohen Ausmaß an, dass folglich ein hoher Leidensdruck und eine psychosoziale Behinderungen für Betroffene entstehe (Kapfhammer, 2011) und die Lebensqualität stark darunter leide, vor allem wenn somatische Folgeerscheinungen entwickelt werden würden (Fabian & Brück, 2013). Unter Umständen könne sogar die weitere Entwicklung des Individuums gehemmt werden (ebd.).

Menschen, die an Angststörungen leiden, isolieren sich meist sehr von der sozialen Außenwelt, da eine andauernde Angst vor Kontrollverlust vorherrsche. Sie suchen laut Hoffmann & Hofmann (2012) oft nach einem konstanten Gefühl der Sicherheit, wodurch einige wenige Personen als „Begleitung und als Sicherheitsfaktor immer unentbehrlicher“ (ebd., S. 91) werden würden.

Einige körperliche Symptome, welche mit einer Angststörung einhergehen, werden nach Hoffmann und Hofmann (2012, S. 96) aufgelistet: „Schwitzen, Röhrenblick, Druck im Kopf, starkes Herzklopfen oder Herzrasen, Schwindel, Benommenheit, Erstickungsgefühl, Kurzatmigkeit, Taubheitsgefühl, Kälteschauer oder Hitzewallungen, Zittern, Kribbeln, Beben, Kloß im Hals, Beklemmungsgefühle in der Brust, Übelkeit, Druck im Kopf, Unwirklichkeitsgefühl, Gefühl zu schweben, Ohnmachtsgefühl“. Jene könnten sich innerhalb kürzester Zeit in ein solch intensives Maß steigern, dass die Angst und damit das Leiden Betroffener als unerträglich empfunden werde und Betroffene in einen Zustand versetzen, in dem sie um ihr Leben bangen würden (Wehrenberg & Nohl, 2012). Extreme Reaktionen könnten trotz des Wissens über die Banalität und Ungefährlichkeit einer Situation auftreten (Barlow, 2004).

Aufgrund erhöhter Häufigkeit der Angststörungen bzw. des frühen Erkrankungsalters (vgl. 2.2.6.) und der ausgeprägten Einschränkungen Betroffener resultierten lt. Wittchen & Jacobi (2004) vermehrte Fehltag in der Berufswelt, „Angststörungen müssen daher als ausgesprochen teure Störungsbilder betrachtet werden“ (S.7). So könnten sie als Störungen betrachtet werden, die sowohl in Verbreitung, Diagnostik, als auch in ihrer Behandlung ausgiebig erforscht werden würden (ebd.).

2.2.3. Ätiologie

Ursachen der Angststörungen könnten durch unterschiedliche Erklärungsmodelle dargestellt werden. Insgesamt könnten „ungünstige psychosoziale, psychologische, genetische und biologische“ (Wittchen & Jacobi, 2004, S. 10) Ursachen beschrieben werden, jedoch sei allgemein eine „Fehlsteuerung des an sich normalen Angst-Stress-(Kampf-/Flucht-) Mechanismus“ zugrundeliegend. Einige jene unterschiedliche Entstehungsmodelle sollen mit deren Interventionsvorschlag schematisch dargestellt werden.

Da Psychoedukationskonzepte aus Elementen des verhaltenstherapeutischen Verfahrens (VT) bestehen (Mühlig & Jacobi, 2011), werden zunächst Erklärungsansätze aus dieser Sichtweise vorgestellt. Angststörungen resultieren demnach aus falsch erlernten Verhaltensweisen, welche es durch eine Therapie wieder zu verlernen und durch gesundes Verhalten zu ersetzen gilt (Wittchen & Jacobi, 2004). Die lerntheoretischen Entstehungsmechanismen resultieren nach Schüßler und Brunnauer (2011) aus mehreren Mechanismen, wie:

- dem klassischen Konditionieren (CC): durch wiederholtes gemeinsames Auftreten eines neutralen Reizes mit einem Stimulus, welcher eine physiologische Reaktion (unkonditionierter

Stimulus = UCS) auslöst, schafft es der neutrale Reiz irgendwann bereits ohne gleichzeitigem Auftreten eines Stimulus, eine physiologische Reaktion (konditionierter Stimulus = CS) auszulösen

- dem operanten Konditionieren (OC): sowohl erwünschte als auch unerwünschte Verhaltensweisen können durch positive und negative Verstärker (also das Geben und auch das Weglassen von Belohnungen und Bestrafungen) erlernt, verstärkt, abgeschwächt und auch wieder verlernt werden
- dem sozialen Lernen: erwünschte und unerwünschte Fertigkeiten können von anderen Personen abgeschaut und übernommen werden.

Nach den Theorien des klassischen und operanten Konditionierens tritt also Angst in einer neutralen Situation oder einem neutralen Umfeld auf. Dieses neutrale Umfeld wird mit der Angst konditioniert, also in Verbindung gesetzt und für deren Auftreten als Erklärung herangezogen (CC) und anschließend gemieden. Diese Vermeidung wiederum dient als Verstärker der nun angstbesetzten Situation. Die Angst tritt zwar nicht mehr auf, werde aber dadurch weiter aufrecht erhalten (OC) (Kapfhammer, 2011). Da die Angst nicht gelöscht wird entwickle sich nun eine intensive „Angst vor der Angst“ (Kapfhammer, 2011, S. 507), weshalb Betroffene angstbesetzte Situationen teils komplett meiden, um keinen erneuten Angstanfall zu erleiden (ebd.).

Nun wird dieses lerntheoretische Modell in der kognitiven Verhaltenstherapie (KBT), einer weiteren Richtung innerhalb der VT, aber durch den Aspekt der Kognitionen erweitert (Schüßler & Brunnauer, 2011). Unrealistische und irrational angstmachende Gedanken und Fehlattritionen führen wohl zu übermäßig negativen Interpretationen mehrdeutiger Reize als Gefahr, was sich zu intensiven Angstreaktionen aufbauen könne (ebd.). Unterschiedliche Ansätze können demnach sein:

- Die **Erwartungsangst**, oder auch die sog. „Angst vor der Angst“ (Kapfhammer, 2011, S. 507) käme häufig bei Panikstörungen vor und könne allein aus Angst vor einer erneut auftretenden Angst angstauslösende Symptome aktivieren und verstärken. Die Angst vor dem erneut auftretenden Angstzustand an sich könne schon kleinste merkbare Veränderung des vegetativen Nervensystems in Gange setzen, welche aufgrund einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit als beginnende Attacke wahrgenommen werden könne. Ebenjenes könne ferner bis zur Auslösung einer erneuten Attacke führen (ebd.).
- Eine **Vermeidung** wäre die Meidung bestimmter angstbesetzter, oder ähnlicher Situationen, wobei „das typischerweise auftretende Vermeidungsverhalten eine langdauernde Verfesti-

gung der ersten z.B. durch unangenehme Erlebnisse erlernten (konditionierten) Angstreaktion bewirkt“ (Wittchen & Jacobi, 2004, S. 10). Die „Angst vor der Angst“ rufe oft ein Vermeidungsverhalten hervor, wodurch Betroffene erheblich in ihrem Verhalten einschränkt werden (Hoffmann & Hofmann, 2012).

- Den **Teufelskreis der Angst** beschreiben Hoffmann und Hofmann (2012) als einen unkontrollierten Kreislauf der Angst, der aus wahrgenommenen Körperveränderungen, Fehlinterpretationen dieser und folglich negativen Emotionen einhergehe. Jene Faktoren könnten als Endlosspirale dargestellt werden, welche sich ständig weiter verstärken und im extremen Fall Panikattacken hervorrufen könnten (Hoffmann & Hofmann, 2012). *Abbildung 1* liefert eine Veranschaulichung des Teufelskreises: ein anfängliches Gefühl von Druck auf der Brust (1), welches als Gefahr zu Ersticken (2) wahrgenommen wird, sich in Angst mit gleichzeitiger Stresshormonausschüttung äußert (3), dadurch die Symptome weiter verstärkt (4), als noch schlimmere Gefahr wahrgenommen wird (5), die Hormonausschüttung weiter fortsetzt (6), ...

Abbildung 1 Teufelskreis der Angst

Aus *Expositionen bei Ängsten und Zwängen* (S. 103) von N. Hoffmann & B. Hofmann, 2012, Weinheim: Beltz-Verlag. Copyright 2012 bei Beltz-Verlag. Wiedergabe mit Genehmigung.



Betrachtet man nun neurowissenschaftliche Erkenntnisse, finden sich wieder andere Blickwinkel auf die Ätiologie pathologischer Angst. Hier gilt die Entstehung jeglicher Störungen durch Übertragungsfehler oder Mengenschwankungen der Neurotransmitter oder der Aufnahmefähigkeit postsynaptischer Zellen als bewiesen. Diese Fehlfunktionen können angeboren sein oder durch Traumata bzw. Krankheiten entstehen und/oder verschlimmert werden. Weiterhin seien chronische Stresszustände oder Schlafmangel als Entstehungsfaktoren anzusehen, da sie zu einem erhöhten Neurotransmitterverbrauch mit gleichzeitiger Einschränkung der Reproduktion der Botenstoffe führen können. Insgesamt sei das Problem dieser Fehlsteuerungen ein Ungleichgewicht der Botenstoffe, was zu Angstsymptomatiken führe (Wehrenberg & Nohl, 2012).

So führe eine Erhöhung des Botenstoffs Glutamat oder eine verminderte Aktivität der inhibitorischen Gamma-Aminobuttersäure (GABA) zu einem vermehrten bzw. verringerten Feuern weiterer Neurotransmitter. Diese können Serotonin (welches unter anderem als Stimmungsregulator bekannt ist), Norepinephrin (welches zur Aktivierung des Organismus gebraucht wird) und Adrenalin (Glückshormon, welches zur Motivation beiträgt) sein. Jenes Ungleichgewicht der Neurotransmitter wirke sich auf das weitere Systeme unseres Körpers aus. Ist dann beispielsweise das sympathische/parasymphatische Nervensystems betroffen, wären körperliche Anzeichen der Angst die Folge. Wirkt das Ungleichgewicht auf das limbische System, wessen Strukturen für die Emotions- und Gedächtnisbildung zuständig sind, komme es zu emotionalen Überbewertungen einer stress- oder angstbesetzten Situation. Werden die Basalganglien betroffen, könne eine Übererregtheit des Körpers die Folge sein, was weiterhin ungerechtfertigte Panikattacken hervorrufen könne (Wehrenberg & Nohl, 2012).

Um wieder ein Gleichgewicht der Botenstoffe herstellen zu können, schlage die medikamentöse Therapie zur Behandlung primär Antidepressiva vor. Weiterhin würden Benzodiazepine zur Beruhigung verschrieben werden, obwohl bei dieser Medikamentengruppe ein hohes Suchpotential bestehe. Selten würden Neuroleptika zur Behandlung einer GAS verschrieben werden (Wittchen & Jacobi, 2004). Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SRRI) und Serotonin- Norepinephrin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) gehören zur Gruppe der Antidepressiva und erhöhen den Serotonin und den Norepinephrin Spiegel, wodurch die Angstsymptome gelindert werden sollen. Benzodiazepine hemmen akut den Botenstoff GABA und weisen daher eine beruhigende Wirkung auf (Wehrenberg & Nohl, 2012). Eine Kombination von Medikamenten und Psychotherapie sei empfehlenswert, da durch die Linderung der Symptome durch Medikamente teils erst eine Psychotherapie möglich machen, bzw. erheblich erleichtern würden (ebd.).

Vor dem Beginn psychologischer Interventionen empfehle sich eine ärztliche Abklärung, um sicherzustellen, dass die Angst keine körperlichen Ursachen hat. Diese können vielfältig auftreten, beispielsweise können Störungen an Schilddrüse, Herz oder Blutzuckerhaushalt Gründe für das Auftreten von Symptomen einer Angststörung sein (Wehrenberg & Nohl, 2012).

2.2.4. Störungsbilder

Im ICD-10 werden Angststörungen unter den F4-Diagnosen *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* abgehandelt (Dilling et al., 2011) Für die vorliegende Arbeit relevant sind einzelne Diagnosen daraus, deren charakteristische Erscheinungsbilder im Folgenden je vorgestellt werden.

F40 Phobische Störungen

Leiden Personen unter Phobischen Störungen, lösen extraindividuelle Objekte oder Situationen ein leichtes Unbehagen bis hin zu panischer Angst aus. Jene hätten in der Regel keinen bedrohlichen bzw. gefährlichen Charakter, müssten jedoch von Betroffenen „gemieden oder voller Angst ertragen“ (Dilling et al., 2011, S. 190) werden. Bereits vor Eintreten der gewissen Situation entstünden belastende Erwartungsängste. Die Angstreaktionen träten nicht selten „zusammen mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust und dem Gefühl, wahnsinnig zu werden, auf“ (Dilling et al., 2011, S. 191). Komorbid seien Depressionen häufig vertreten (ebd.).

F40.0 Agoraphobie

Die meist chronisch verlaufende Störung wird laut ICD-10 diagnostiziert, wenn Betroffene vor mindestens zwei der folgenden Situationen eine immense Angst verspüren: „in Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause oder bei Reisen alleine“ (Dilling et al., 2011, S. 192). Meist ginge die Angst mit der Befürchtung einher, ungeschützt und von sicheren Plätzen entfernt kollabieren und liegen bleiben zu können. Dies führe weitergehend dahin, dass Betroffene das eigene Haus gar nicht mehr oder nicht mehr alleine verlassen wollen würden, was eine erhebliche Einschränkung für sie bedeute (ebd.). Neben dieser Vermeidung generalisiere sich die Angst auf weitere Situationen, was zu einem verstärktem sozialen Rückzug und zur Abänderung des bisherigen Lebensstil führe. Oft, aber nicht zwingend, sei eine Panikattacke Auslöser für eine Agoraphobie (Kapfhammer, 2011), woraufhin sich Betroffene vor erneuten panikähnlichen Attacken fürchteten (Wittchen & Jacobi, 2004). Hoffmann und Hofmann (2012) beschreiben die Agoraphobie ebenfalls als Folge vermehrt aufgetretener Panikattacken mit nachfolgender „mentalen Konstruktion, bei der Situationen danach geprüft werden, welche Angstsignale auf der einen und welche Sicherheits-

signale auf der anderen Seite sie enthalten“ (S. 92). Die Angst bestünde nicht vor den öffentlichen Plätzen, sondern vor dem, was dem Subjekt dort passieren könnte (ebd.).

F40.1 Soziale Phobien

Menschen mit sozialen Phobien befürchteten „[prüfenden] Betrachtungen durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen“ (Dilling et al., 2011, S. 193) zu unterliegen. Teilweise träten die Ängste dann vor klar definierten Situationen auf, z.B. Sprechen vor anderen, oder aber auch in jeglicher Form sozialer Situationen. Beides könne mit extremen Vermeidungsverhalten der bestimmten Situation/en bis hin zur Isolation einhergehen. Weiterhin wird im ICD-10 beschrieben, dass Sozialphobiker häufig an einem extrem niedrigen Selbstwertgefühl leiden und sich vor Kritik fürchteten, was zu Symptomen einer generellen Nervosität führen könne. Jene würden fälschlicherweise von einigen Betroffenen als primäres Problem empfunden werden (ebd.). Weiterhin kennzeichnend sei eine ausgeprägte Erwartungsangst bei bevorstehender Konfrontation mit sozialen Situationen (Kapfhammer, 2011). Symptome ließen sich bis hin zur Entwicklung einer Panikattacke steigern, wodurch die Störung strikt von übertriebener Schüchternheit abzugrenzen sei (Wittchen & Jacobi, 2004). Sozialphobiker seien sich der Unbegründetheit ihrer Angst bewusst, unbehandelt hielte die Erkrankung dennoch ein Leben lang an (ebd.).

F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien

Spezifische Phobien seien immense Ängste, „die auf ganz spezifische Situationen beschränkt sind wie auf die Nähe bestimmter Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäzieren auf öffentlichen Toiletten, (...)“ und sich bis hin zu Panikattacken steigern könnten (Dilling et al., 2011, S. 194). Das klar abgegrenzte, angstbesetzte Objekt werde in der Regel gemieden (ebd.), wodurch sich die Ausprägung der Angst vom Betroffenen kontrollieren ließe. Spezifische Phobien träten häufig auf (Kapfhammer, 2011). Von spezifischen Phobien ausgenommen werden Ängste vor Panikattacken und vor sozialen Situationen (Wittchen & Jacobi, 2004).

F41 Andere Angststörungen

Die Gruppe der *anderen Angststörungen* ist gekennzeichnet dadurch, dass die Angst nicht auf eine bestimmte „Umgebungssituationen“ (Dilling et al., 2011, S. 196) begrenzt und somit unabhängig von Situationen oder Objekten der Umwelt auftrete (ebd.).

F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)

Die Panikstörung ist geprägt durch wiederholt auftretende, nicht vorhersehbare, schwere Angstattacken, welche nicht mit spezifischen Auslösern assoziiert werden könnten (Dilling et al., 2011). Beispiele für die rasch auftretenden Symptome seien „Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation) (...) [und] eine Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust (...) oder wahnsinnig zu werden“ (ebd., S. 197). Innerhalb eines Zeitraums von etwa vier Wochen müssen vermehrt einzelne Attacken aufgetreten sein, um eine Panikstörung nach ICD-10 zu diagnostizieren (ebd.). Die meist ansteigenden Symptome der Angstattacke führen meist zur Flucht aus der Situation (ebd.; Barlow, 2004). Desweiteren entwickeln Betroffene eine enorme Phobophobie, was die Angst vor einer erneuten Attacke bezeichnet und zu extremen Vermeidungsverhalten der Situationen oder ähnlicher Situationen führe, in welchen bereits eine Attacke stattgefunden hat (Barlow, 2004; Kapfhammer, 2011). Da die Symptome unter anderem von lebenserhaltenden Organen (Herz, Lunge, Gehirn) ausgehen, ginge die Panikattacke mit Todesängsten einher (Hoffmann & Hofmann, 2012). Extreme Veränderungen der Körperfunktionen führen dauerhaft zu Angst vor gesundheitsschädigenden Folgen. Nicht selten führen Panikattacken zur Entwicklung einer sekundär eintretenden Agoraphobie (Wittchen & Jacobi, 2004). Hoffmann und Hofmann (2012) beschreiben das Erleben einer Panikattacke wie folgt:

In der plötzlichen Krise (...) bricht sein bisheriges Selbstbild zusammen. Jede Sicherheit, Selbstverständlichkeit und Vertrautheit verlassen ihn innerhalb von Sekunden, und er hat dabei das Gefühl, sich aufzulösen. (...) Nichts Lebendiges ist mehr in einem, und man ist einer feindseligen Welt schutzlos ausgeliefert. Das Ich mit seinen Neigungen, Überzeugungen, Bedürfnissen, Werten und Wünschen ist ausgelöscht; alte Bindungen haben sich aufgelöst, und Neues ist nicht in Sicht (S. 86).

F41.1 Generalisierte Angststörung

Die generalisierte Angststörung (GAS) sei „eine generalisierte und anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt oder darin nur besonders betont ist, d.h. sie ist frei flottierend“ (Dilling et al., 2011, S. 198). Geprägt sei das Störungsbild von ständigen Sorgen und negativen Befürchtungen, die oft das eigene Wohlergehen, oder das bestimmter Mitmenschen, betreffen würden (ebd.). Um die GAS nach ICD-10 zu diagnostizieren, müssen an den meisten Tagen mehrerer Wochen primäre Symptome von Angst, Sorgen, motorischer Spannung, und eine vegetative Übererregbarkeit vorhanden sein (ebd.). Letzteres werde auch als „Hyperarousal“ (Wittchen & Jacobi, 2004, S. 9) bezeichnet. Betroffene leiden weiterhin an einer „Hypervigilanz“, was eine erhöhte Wachheit darstelle (Kapfhammer, 2011, S. 529) und weiterhin zur Hyperaktivität des autonomen Nervensystems beitrüge (ebd.). Insgesamt beziehe sich die Angst zumeist auf Alltagssituationen und

gewöhnliche Probleme, jedoch äußere sie sich nicht im adäquaten Maße (Wittchen & Jacobi, 2004), sondern trete unkontrolliert in Hinsicht ihrer „Dauer und Häufigkeit“ (ebd., S. 9) auf.

2.2.5. Epidemiologie

Wie viele Menschen tatsächlich an Angsterkrankungen leiden, wie diese Zahlen unter den einzelnen Störungen verteilt sind und wie die Geschlechterunterschiede in der Literatur dargestellt werden, wird folgend behandelt.

In einer Abhandlung über „Ängste, Zwänge und Belastungsreaktionen“ wird auf eine Vielzahl existierender Studien über die Verbreitung von Angsterkrankungen hingewiesen. Die Lebenszeitprävalenz betrage nach vier dieser Studien, die im Zeitraum von 1991 bis 2003 durchgeführt wurden, zwischen 5,09% und 29%. Vor allem die Spezifische (ca. 5-10%) und die Soziale Phobie (ca. 3-12%) würden laut zwei dieser Studien am häufigsten vertreten sein. Die Lebenszeitprävalenz der Agoraphobie bewege sich zwischen 2% und 6%, die der Panikstörungen zwischen 1% und 4% (Nickel & Förstner, 2008).

Epidemiologische Daten der Angststörungen aus amerikanischen Studien zeigen eine Lebenszeitprävalenz der GAS zwischen 4% und 7%, was kohärent mit den Daten im deutschen Raum sei (Hoyer, Beesdo, Becker & Wittchen, 2003).

Die nationale Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts brachte mit der „Studie zur Gesundheit im Erwachsenenalter in Deutschland“ (DEGS1) ein Modul über „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) heraus (vgl. *Tabelle 2*). Dieser Erweiterung der somatoform ausgerichteten Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 (BGS98) gelänge es, Daten über die Verbreitung psychischer Erkrankungen (nach DSM-IV-TR und ICD-10) zu erlangen. Mit 5317 Teilnehmern im Alter von 18 bis 79 Jahren wurden neben auszufüllenden Fragebögen 2-stündige, standardisierte, computergestützte klinisch-diagnostische Interviews (Composite International Diagnostic Interview = CIDI) durchgeführt. Die deutsch-bevölkerungsrepräsentative Studie zeigt, dass Angststörungen mit einer 12 Monats-Prävalenz von 15,3% die größte Störungsgruppe darstellen, gefolgt von affektiven Störungen mit 9,3%. Des weiteren gehe hervor, dass in Anbetracht eines 95%-Konfidenzintervalls die 12-Monats-Prävalenz der Panikstörungen 2,0%, der Agoraphobie 4,0%, der Sozialen Phobie 2,7%, der Generalisierten Angststörung 2,2% und der Spezifischen Phobien 10,3% betrage. Es sei ein enormer Unterschied zwischen Frauen und Männern zu erkennen. Frauen würden demnach etwa zwei Mal so häufig an Angsterkrankungen leiden wie Männer (Jacobi et al., 2014).

Tabelle 2 12-Monats-Prävalenzen spezieller Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung, adaptiert nach der DEGS1-MH (Jacobi et al., 2014)

Störung bzw. Störungsgruppe	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffener (Mio.)
Alle Angaben seien unter einem 95%-Konfidenzintervall zu betrachten				
Angststörungen (F40, F41)	21,3 (19,4-23,2)	9,3 (8,0-10,8)	15,3 (14,2-16,6)	9,8
Agoraphobie F(40.0)	5,6 (4,6-6,8)	2,3 (1,7-3,1)	4,0 (3,4-4,7)	2,6
Soziale Phobie F(40.1)	3,6 (2,7-4,8)	1,9 (1,4-2,5)	2,7 (2,2-3,4)	1,7
Spezifische Phobie (F 40.2)	15,4 (13,8-17,2)	5,1 (4,2-6,2)	10,3 (9,3-11,3)	6,6
Panikstörung (F41.0)	2,8 (2,2-3,6)	1,2 (0,8-1,8)	2,0 (1,6-2,5)	1,3
GAS (F41.1)	2,9 (2,2-4,0)	1,5 (1,1-2,2)	2,2 (1,8-2,8)	1,4
a) Bezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren zum 31.12.2010				

Eine weitere große epidemiologische Studie veröffentlichten Kessler et al. 2005. Die amerikanisch-repräsentative Studie „National Comorbidity Survey Replication“ (NCS-R) galt zur Einschätzung der Lebenszeitprävalenz und der Altersverteilung des Beginns unterschiedlicher DSM-IV Krankheiten in Amerika. Mitunter wurden zwischen Februar 2001 und April 2003 Daten zur Lebenszeitprävalenz von Angststörungen (Panikstörung, Agoraphobie, Generalisierte Angststörung, PTBS, Zwänge und Trennungsangst) erhoben (vgl. *Tabelle 3*). Die aus 9282 amerikanischen Teilnehmern bestehende Kohorte, alle mindestens 18 Jahre alt, wurden von professionellen Mitarbeitern des „Institute for Social Research at the University of Michigan Ann Arbor“ interviewt. Die Interviews bestanden auf Basis des vollstrukturierten „World Health Organization World Mental Health Survey version of the Composite International Diagnostic Interview“ (WMH-CIDI). Anhand der Kriterien des DSM IV wurden den Probanden anschließend etwaige Krankheiten zugeschrieben, durch welche Kessler et al. die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen auf insgesamt 28,8% schätzen. Die Verfasser schätzen somit Angststörungen ebenfalls als die häufigste Erkrankungsklasse ein. Im Spezifischen waren nach der Major Depression (16,6%) und der Alkoholabhängigkeit (13,2%) die isolierten Phobien mit einer Lebenszeit-

prävalenz von 12,5% und die sozialen Phobien mit 12,1% am häufigsten vertreten. Die Lebenszeitprävalenz der GAS betrüge 5,7%, die der Panikstörung 4,7% (Kessler et al., 2005).

Tabelle 3 Lebenszeit-Prävalenzen der Angststörungen sortiert nach Alter, adaptiert nach der NCS-R (Kessler et al., 2005)

Störung	Total	18-29	30-44	45-59	≥60
Angststörung im Allgemeinen	28,8 (0,9)	30,2 (1,1)	35,1 (1,4)	30,8 (1,7)	15,3 (1,5)
Panikstörung	4,7 (0,2)	4,4 (0,4)	5,7 (0,5)	5,9 ((0,4)	2,0 (0,4)
Agoraphobie ohne Panik	1,4 (0,1)	1,1 (0,2)	1,7 (0,3)	1,6 (0,3)	1,0 (0,3)
Spezifische Phobie	12,5 (0,4)	13,6 (0,7)	14,3 (0,8)	14,1 (1,0)	7,5 (0,7)
Soziale Phobie	12,1 (0,4)	13,6 (0,7)	14,3 (0,8)	12,4 (0,8)	6,6 (0,5)
GAS	5,7 (0,3)	4,1 (0,4)	6,8 (0,5)	7,7 (0,7)	3,6 (0,5)

Eine weitere Überblicksarbeit spezifisch über soziale Phobien zeigt, dass etwa 4,5% der Allgemeinbevölkerung daran leiden. Die Hälfte davon hätte noch zusätzliche komorbide Störungen. Es wird darauf verwiesen, dass Frauen doppelt so häufig betroffen seien als Männer und junge Menschen häufiger als ältere (Wancata, Fridl & Friedrich, 2009).

Eine Übersicht über die Epidemiologie der GAS, welche Studien aus dem europäischen Raum zwischen 1989 und 2004 beleuchtet, zeigt eine 12-Monats-Prävalenz von ca. 2% bei Menschen im Alter von 14 aufwärts. Die zehn in diese Analyse einbezogenen Untersuchungen verwendeten Populationen von zwischen 235-21425 Probanden. Beachtet werden muss allerdings, dass unterschiedliche Kategorisierungen der GAS (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10) hergenommen wurden, weshalb das Ergebnis mit Rücksicht auf die unterschiedlichen Voraussetzungen in Hinsicht der zeitlichen Dauer der Symptome zur Diagnosestellung betrachtet werden müsse (der DSM-III erfordert ein Auftreten der Symptome über nur einen Monat, im Gegensatz zu den anderen Klassifikationen, welche 6 Monate erfordern) (Lieb, Becker & Altamura, 2005).

2.2.6. Komorbides Auftreten bei Menschen mit GB

Als bisher schwierig erwies sich dennoch die fachliche Handhabung bei Menschen mit GB und einer komorbiden Angststörung. Allein schon die Diagnostik sei problematisch, da Symptome sich gravierend anders äußern als bei Menschen ohne GB. Insofern könnten nicht dieselben Diagnostikmaterialien bzw. Beobachtungen und Interpretationen hergenommen werden (BDP, 2009).

Angststörungen seien jedoch keine Seltenheit bei Menschen mit geistigen Behinderungen. Eine Metaanalyse über vier internationale Studien (Schweden, Australien, Holland, Großbritannien) zeigt, dass 8,7% bis 26,8% der Menschen mit geistiger Behinderung an einer komorbiden Angststörung leiden (Davis et al., 2008). Die Autoren verweisen weiterhin auf die Ergebnisse mehrerer bildgebender Verfahren, welche einen Zusammenhang zwischen geistiger Behinderung und mehreren Faktoren, wie erhöhtem Stress, gestörter Aktivität des autonomen Nervensystems, Störungen der Gehirnfunktionen und -strukturen (Anomalitäten der Amygdala oder des Hippocampus) und dem Hormonhaushalt feststellten. Jene Umstände trügen zur Genese von Angsterkrankungen bei, wodurch das Risiko einer Erkrankung erhöht sei (ebd.).

Trotz der schon reichlichen Anzahl dieser Studienergebnisse vermuten Experten, dass Angststörungen bei Menschen mit GB aufgrund fehlender Assessmentverfahren und erschwerter Symptombetrachtung unterdiagnostiziert seien (Davis et al., 2008; Lingg, 2001). Erscheinungsformen der geistigen Behinderung scheinen Symptome von psychischen Erkrankungen zu übertönen (Lingg, 2001). Darüber hinaus herrsche nicht selten eine geringere intellektuelle Funktionsfähigkeit und Schwierigkeiten in der Kommunikation und in sozialen Fertigkeiten, wodurch die Betroffenen Symptome der Angsterkrankung weniger gut kommunizieren und beschreiben könnten (ebd.).

Der BDP (2009) stimmt überein, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Problemen „(...)an ihre Belange und Bedürfnisse angepasste psychologische Fachleistungen für Diagnostik, Beratung und Therapie“ (S. 2) benötigen. So erfordern auch diagnostische Erhebungen psychischer Erkrankungen bei Menschen mit einer GB eine standardisierte und behinderungsmodifizierte Anpassung, da nur so erfolgsversprechende psychologische sowie nicht psychologische Interventionen fachgerecht ermittelt, geplant und angewandt werden könnten (ebd.). Weiterhin sei eine präzise Diagnostik essentiell, um Interventionen von den Krankenkassen finanzieren lassen zu können (Wehrenberg & Nohl, 2012).

Behandelt würden psychische Störungen bei Menschen mit GB vorrangig durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, welche teils durch eine Pharmakotherapie unterstützt werden. Die Wirksamkeit dieser sei bisher jedoch kaum untersucht. So würden Psychopharmaka trotz fehlender Evidenz durch eine Kontrolle mit RCT dennoch bei ca. 50% der Betroffenen eingesetzt werden (Schulte-Körne, 2014).

Dass die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen keinesfalls ausgereift seien, zeigen Davis et al. (2008) in ihrem Review über Diagnostik und Behandlung, in welchem niedergeschrieben steht:

Treatment of anxiety in individuals with DD [Developmental Disabilities, d. Verf.] and a comorbid anxiety disorder is based on the use of a combination of treatments that apply to treatment of anxiety in individuals without DD and some more limited research conducted specifically in this population (S. 252).

Die in diesem Review bestehende Übersicht über acht Medikamentenstudien (bei Menschen mit GB und Angststörungen) mit Antidepressiva, Neuroleptika und anderen angstlösenden Medikamenten zeigt zwar höchstens milde Medikamentennebenwirkungen, jedoch seien diese Ergebnisse mit Vorsicht zu genießen (Davis et al., 2008). Bisher seien zu wenige Studien publiziert worden, wodurch die Wirksamkeit und die damit verbundene Anwendung der Medikamente in der Praxis fragwürdig wären. Nebenwirkungen ließen sich durch unzureichende Kommunikationsfähigkeiten und Schwierigkeiten des objektiven Beobachtens unzureichend bestimmen (ebd.).

Weiterhin zeigen Davis et al. (2008) in ihrer Übersicht acht Studien (fünf davon Einzelfallstudien), welche psychologische Interventionen betreffen. Modifizierte verhaltenstherapeutische Elemente seien mit zufriedenstellenden Ergebnissen verbunden, denn darin seien signifikante Reduktionen der Angstsymptome und verbesserte soziale Kompetenzen feststellbar. Modifizierungen hinsichtlich der spezieller Bedürfnisse der GB hielten sich dabei im Rahmen: „in general, patients with DD may need concepts presented more concretely, a focus on more repetition over a greater number of sessions (...) and more involvement of parents and other caregivers“ (ebd., S. 258). Wende man Entspannungsverfahren an, seien Techniken, die das Verhalten der Klienten betreffen [wie die Progressive Muskelrelaxation (PMR) eine wäre], den imaginativen Verfahren vorzuziehen. Trotz bisheriger Ergebnisse seien eine größere Anzahl an Forschungen mit größeren Kohorten und der Einbezug von Kontrollgruppen wünschenswert. Erst dann könnten effizientere und validere Ergebnisse für Therapien für Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen erreicht werden (ebd.).

Ziele und Behandlungsarten seien ähnlich wie bei denen von Menschen ohne GB zu wählen, jedoch mit spezifischer Anpassung auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit GB. Bei Medikamentengabe sei zusätzlich zu beachten, diese zum Schutz der Betroffenen mit geringerer Dosis zu beginnen und langsamer ausschleichen zu lassen (Häßler, 2011).

2.3. Psychoedukation

Psychoedukation entstand vor über 30 Jahren in den USA und begrenzte sich anfangs auf die alleinige Aufklärung über die Erkrankung der Betroffenen mit Ziel einer Steigerung der Patienten-Compliance. Erst später seien diesem unterrichtenden Anteil noch verhaltenstherapeutische Aspekte und Techniken zugefügt worden, wodurch dem näher kam, was heute eine klassische Psychoedukation umfasst (Behrendt & Krischke, 2005). Was genau Psychoedukation umfasst, welche Rahmenbedingungen Manuale typischerweise mit sich bringen und wie die Praxis bei Menschen mit GB aussieht, bzw. ob es überhaupt eine gibt, wird unter den nächsten drei Gliederungspunkten zu klären sein.

2.3.1. Ziele

Aktuell stelle Psychoedukation ein in einem „übergeordneten Interventionskonzept“ (Mühlig & Jacobi, 2011, S. 478) eingebettetes Therapieelement dar. Ziel der Psychoedukation sei die Informationsvermittlung über Diagnose (somatisch als auch psychisch) und über deren Behandlung, sowie eine Kompetenzerneuerung im Umgang mit der Krankheit. Psychoedukation könne für Betroffene, Angehörige oder Risikopatienten hilfreich sein. So definieren Mühlig und Jacobi (2011, S. 478) „Psychoedukation [sic!] [als] die systematische und strukturierte Vermittlung wissenschaftlich fundierter gesundheits- und/oder störungsrelevanter Informationen und Kompetenzen mit psychologischen Methoden“. Ferner werde die Korrektur krankheitsspezifischer Fehlannahmen eingeschlossen, was einem gesundheitsfördernden Verhalten ver helfe und die Entscheidungskompetenz in Hinsicht auf die Erkrankung steigere (ebd.). Weiterhin werde die Krankheitsbewältigung und der gelungene Umgang mit Symptomen positiv beeinflusst (Behrendt & Krischke, 2005).

Alsleben et al. (2004), wessen Manual zur *Psychoedukation bei Angst- und Panikstörungen* auch bei der Erstellung des nachfolgenden Manuals bei Menschen mit GB und Angststörungen ausgiebig zugezogen wurde, erkennen in der Psychoedukation den Faktor einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ (S.3). Psychoedukation und Verhaltenstherapie stünden in einer wechselseitigen Beziehung, denn einerseits seien viele Techniken der Psychoedukation aus der VT und andererseits gehöre Psychoedukation als ein Element in jede Verhaltenstherapie. Durch die gewonnene Selbsthilfe sollen Betroffene in der

Lage sein, Verhaltensweisen so anzupassen, dass ein Aufrechterhalten der Krankheit bestmöglich unterbunden werde. Vorteil einer Psychoedukation sei, dass ein gesteigerter eigenverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung zu einer verminderten Inanspruchnahme professioneller Hilfe führe (ebd.).

Hoffman und Hofmann (2012) beginnen einen Therapieplan zur *Exposition bei Ängsten* mit dem Punkt des Verstehens: „der Patient muss lernen, seine Störung und seine Lebenssituation zu verstehen. Hierfür wird über Angstreaktionen umfassend informiert (...). Das Verstehen schafft beim Patienten schon eine erste Entlastung“ (S. 95).

Relevante Informationen und komplexes wissenschaftliches Fachwissen sollen den Teilnehmern in einer ihnen angepassten Sprache übermittelt werden, um ihnen so ein fundiertes Verstehen der Erkrankung zu ermöglichen (Mühlig & Jacobi, 2011). Jenes bedarf bei einer Psychoedukation bei Menschen mit geistiger Behinderung eine intensiviertere Modifizierung.

2.3.2. Rahmenbedingungen

Insgesamt sei Psychoedukation möglich im Einzel- oder Gruppensetting und erlaube eine große Vielfalt der Vortragsweise, wie Medien aller Art, fiktionale Texte zur besseren Verständlichkeit oder Gruppenarbeiten (Mühlig & Jacobi, 2011).

Da im Ergebnisteil Vorgaben über Rahmenbedingungen benötigt werden, werden hier stichpunktartig jene der beiden Psychoedukationsmanuale vorgestellt, welche bei der Erstellung des Manuals für Menschen mit GB und Angststörungen primär verwendet wurden.

- Zielgruppe: umfasst keine bestimmten Angsterkrankungen, keine bestimmter Andauer der Symptome (Alsleben, Weiß, Rufer & Hand, 2004)
- Anwendung: kann im ambulanten, stationären oder teilstationären Rahmen angewandt werden (ebd.)
- Anzahl der Teilnehmer: sechs bis zehn Teilnehmer (ebd.), acht bis zwölf Teilnehmer (Rabovsky, Stoppe, Euler & Becker, 2009)
- Anzahl der Leiter: ein bis zwei Gruppenleiter (Alsleben et al., 2004)
- Qualifikationen des Leiters: im psychiatrischen Rahmen berufstätige und die Grundkenntnissen der VT beherrschende Leute (Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter, Krankenschwestern oder -pfleger) (ebd.)

- Sitzungsanzahl und -dauer: vier Sitzungen zu je 150 Minuten mit 10 minütiger Pause nach etwa der Hälfte (ebd.), zehn Sitzungen zu je 45-60 Minuten (Rabovsky et al., 2009)
- Sitzungsfrequenz: anfangs mit zweitägigem Abstand, später (da Übungshausaufgaben) mit fünf bis zehn tägigem Abstand (Alsleben et al., 2004), zwei Sitzungen pro Woche (Rabovsky et al., 2009)
- Raumgestaltung: ausreichende Größe, ruhige Lage, gleichbleibender Raum, ausreichend viele Tische als Schreibunterlage organisieren (ebd.)
- Sitzordnung: hufeisenförmiger Stuhlkreis, damit der Leiter sich mit Flip Chart in der Öffnung platzieren kann (ebd.)
- Aufnahme neuer Klienten während eines Zyklus: kann erlaubt werden, stört aber möglicherweise die Gruppenkohäsion (ebd.)
- Gestaltung der Durchführung: interaktiv, um erworbenes Wissen besser einzuprägen (ebd.)

2.3.3. Zugänglichkeit für Menschen mit GB

Die Evidenz-basierten S3 Leitlinien zur Behandlung von Angststörungen, welche von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) empfohlen werden, verweisen bei jeglichen Diagnosen der Angststörungen auf den Einsatz von Psychoedukation zur Informationsvermittlung mit gleichzeitiger Empfehlung geeigneter Selbsthilfematerialien (Bandelow et al., 2014).

Psychoedukative Verfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung erfordern allerdings eine, den Fähigkeiten dieser Personengruppe angemessene, Anpassung und seien nicht ohne weiteres einfach in ihrer Anwendung übertragbar (BDP, 2009).

Zwar bestünden vordergründige Therapien bei Menschen mit GB und psychischer Komorbidität nach Schulte-Körne (2014) mitunter aus psychoedukativen Verfahren, doch konnte trotz der hohen Prävalenzdaten der Angsterkrankung (vgl. Punkt 2.2.7.) in keiner der unter Punkt 3.3. dieser Arbeit genannten Datenbanken und Bibliotheken ein bestehendes modifiziertes Manual gefunden werden. Eine angemessene Anzahl an Anwendungen psychoedukativer Verfahren schein trotz Empfehlungen der DGPPN nicht stattzufinden, wie auch Schulte-Körne (2014) vermutet.

Eine Veröffentlichung über die Durchführung eines modifizierten psychoedukativen Verfahrens, welches bei Menschen mit GB und Psychosen angewandt wurde, zeigte aufschlussreiche Ergebnisse. Die Prä- und Posttestung des Wissenstands über die Erkrankung zeigte deutlich positive Unterschiede.

Die acht Teilnehmer dieses Seminars waren im Nachhinein in der Lage, ihre Emotionen und Körperempfindungen zu identifizieren, differenzieren und Kund zu tun. Weiterhin stieg ihr Verständnis im Hinblick auf die Rolle von Stressfaktoren und Frühwarnzeichen. Ebenfalls konnte wohl ein gesteigertes Interesse hinsichtlich Copingstrategien und konstruktiven Verhaltensweisen, sowie eine erhöhten Medikamenten-Compliance erreicht werden (Crowley, Rose, Smith, Hobster & Ansell, 2008). Jene Studie dient als ein Indiz dafür, dass die Praxis der Psychoedukation bei Menschen mit geistiger Behinderung sinnvolle Veränderungen hervorrufen könnte.

3. Praktischer Teil

Neben dem Ziel der vorliegenden Arbeit und den Lernzielen der einzelnen Teilnehmer werden nachfolgend angewandte Methoden zur Erstellung eines Psychoedukationsmanuals vorgestellt. Dadurch soll dem Leser die logische Nachvollziehbarkeit über die Intention des Autors und über die Herangehensweise an die Erstellung der Ergebnissteile gewährt werden.

3.1. Ziel der vorliegenden Arbeit

Da psychologische Tätigkeiten im Arbeitsfeld der geistigen Behinderung zukünftig immer gefragter werden sein würden, werde auch die Entwicklung und kontinuierliche Bearbeitung spezieller Konzeptionen mit dem Ziel zur Verwirklichung gleichberechtigter Teilhabe für Menschen mit GB mehr Notwendigkeit beigemessen (BDP, 2009). Die Aufgabenstellung der vorliegenden Arbeit besteht darin, spezifische Psychoedukationsmodule für die Anwendung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zu modifizieren und somit dem Ziel der BDP einen Schritt näher zu kommen.

Dass Psychotherapie allgemein „ganz persönliche Entwicklungsschritte und [die] eigene Entscheidungsfindung [ermöglichen]“ soll (Pörtner, 2001, S. 58), wird durch die Vermittlung gezielter Informationen und bestimmter Kompetenzen im nachfolgenden Psychoedukationsmanual angestrebt. Denn auch Menschen mit geistiger Behinderung haben „ein Recht auf Informationen zu (...) individuellen Ressourcen, bestehenden Verhaltensauffälligkeiten, komorbiden psychischen Störungen und verschiedenen Behandlungsalternativen“ (Häßler, 2011, S. 1120).

Durch den Einsatz von Piktogrammen, Leichter Sprache, Geschichten und einer interaktiven Übermittlungsweise sollen die Inhalte der Psychoedukation bei Angsterkrankungen für Menschen mit geistiger Behinderung zugänglich gemacht werden. Durch die vorgenommene Modifizierung einzelner Passagen von bereits vorliegenden Psychoedukationsmanualen soll der Behandlungserfolg gesteigert werden, welcher laut Frei (2001) in den Psychiatrien aufgrund von Vernachlässigung der speziellen Bedürfnisse dieses Klientels jahrzehntelang ausfiel.

Überdies wurde die Arbeit vor dem Hintergrund der in der BRK formulierten Ziele nach erhöhter Autonomie, gleichberechtigter Teilhabe und vollständigem Zugang zum Gesundheitssystem (BMAS, 2011) verfasst.

Da also insgesamt festgestellt wurde, dass trotz rechtlichem Anspruch auf vielfältige Therapieangebote und Nachweise der Therapierbarkeit bei Menschen mit GB kein bestehendes Psychoedukationsmanual bei Menschen mit GB und Angststörungen ausfindig gemacht werden konnte. So ist das endgültige Ziel dieser Arbeit die Erstellung einer *Psychoedukation bei Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen*, welches ein anwendbares, vollständiges Manual umfassen soll.

3.2. Lernziele für die Teilnehmer

Nachfolgend werden übergreifende Lernziele des erstellten Manuals vorgestellt. Jene stützen sich teils auf Annahmen bewährter anderer Autoren und lassen sich auf die vorliegende Arbeit übertragen. Spezifischere Lernziele werden unter dem 4. Kapitel zu Beginn eines jeden Moduls vorgestellt.

Das Selbstwertgefühl von Menschen mit Behinderung leide oftmals unter dem Aspekt, *anders* als andere zu sein und vor allem jenes so durch die Umwelt rückgemeldet zu bekommen (Pörtner, 2001). So soll ein wünschenswerter Effekt vorliegender Ergebnisse die Erhöhung des Selbstwertgefühls sein. Dies könnte vor allem durch das „Soziale Kompetenz Training“ im *Modul 9* mit dem darin enthaltenen Kommunikationstraining bewirkt werden.

Daneben sollen Betroffene durch die gewonnene „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Alsleben et al., 2004, S. 3) in der Lage sein, ihre Verhaltensweisen so anzupassen, dass ein Aufrechterhalten der Krankheit unterbunden wird. Im *Psychoedukationsmanual bei Angst- und Panikstörung* (bei nicht geistig behinderten Menschen) nach Alsleben et al. (2004) werden den Teilnehmenden hilfreiche Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung beigebracht, wodurch ein eigenverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung erfolgen sollte. Jenes wird als ein wichtig einzuschätzendes Lernziel für Teilnehmer des modifizierten Manuals übernommen und sollte vor allem durch die sprachlich angepasste Übermittlung der Inhalte und dem daraus resultierenden besseren Verständnis über krankheitsspezifische Aspekte realisiert werden. Wehrenberg und Nohl (2012) betonen zusätzlich eine positive Auswirkung in zwischenmenschlichen Beziehungen, sei der Umgang mit Angstsymptomen erst einmal verbessert.

Ein Ziel psychologischer Tätigkeiten im Umgang mit Menschen mit GB solle laut der Fachgruppe der Sektion Klinischer Psychologie des BDP (2009) die Fähigkeit zur Bewältigung persönlicher Krisen sein. Jenes soll auch ein Lernziel der Gruppenteilnehmer darstellen, um einen sichereren bzw. stabileren positiven Umgang mit der eigenen Krankheit zu gewährleisten.

Desweiteren sei durch den Einsatz von Entspannungsverfahren eine Reduktion somatischer Störungen zu erreichen (Baumeister & Härter, 2007). Da Angstpatienten, wie unter den Punkten 2.2.2. und 2.2.3. beschrieben, oft an einem Hyperarousal und anhaltenden Körperanspannungen leiden, werden im folgenden Manual die Technik der PMR und weitere Alltagstechniken (vgl. *Modul 7*) zur Entspannung behandelt. Dadurch sollen die Teilnehmer in der Lage sein, den täglichen Stress abzubauen und eine Linderung somatischer Beschwerden zu verspüren.

Schwerwiegend sei außerdem der Fakt, dass Menschen mit Behinderungen oftmals von zu Hause in Heime ziehen müssten, wenn die mentale Belastung der Angehörigen durch schwierige Verhaltensweisen des Betroffenen zu hoch seien (Frei, 2001). Würden gestörte Verhaltensweisen gebessert werden, könnte dem Problem entgegengewirkt werden. Ferner würden laut Frei (2001) auch Angehörige oder Betreuer eine Entlastung verspüren können.

Insgesamt sind eine Besserung der Kommunikationsfähigkeit, eine Linderung der Symptome, verbesserte Kompetenzen in jeden Aspekten bezüglich der Erkrankung und somit eine Erhöhung der Lebensqualität als Ziele für jeden einzelnen Teilnehmer vorgesehen.

3.3. Methodik

Die Methodik in der Erstellung dieser Arbeit setzt sich mitunter durch die detaillierte Literaturrecherche für die Begriffsklärung im Hintergrundteil, der Ermittlung bisheriger Elemente psychoedukativer Verfahren und der Erhebung spezifischer Vorgaben im psychotherapeutischen Umgang mit geistig behinderten Menschen zusammen.

3.3.1. Literaturrecherche

In den Datenbanken *Pubmed*, *Springer Link*, *Google Scholar* und *PsyCONTENT* wurden mit Schlüsselwörtern wie *Geistige Behinderung*, *Angststörung (plus deren einzelne Erkrankungen nach ICD-10)*, *Epidemiologie*, *Prävalenz*, *Psychoedukation*, *Psychotherapie*, *Symptome*, *Kommunikation*, *Psychotherapie bei Kindern*, *Soziales Kompetenz Training*, *PMR* wissenschaftliche Texte gesucht. Teils wurden diese Wörter einzeln eingegeben und teils in Kombinationen, wie *Kommunikation – geistige Behinderung*, genutzt. Zusätzlich wurden alle Schlüsselwörter ins Englische übersetzt und für die Suche verwendet.

Weiterhin wurde im Stendaler Bibliothekskatalog nach passenden Büchern gesucht. Hierfür wurden dieselben Schlüsselwörter verwendet.

Weitere wichtige Quellen waren die Internetseiten

- des *Bundesamtes für Arbeit und Soziales* (unter: <http://www.bmas.de/DE/Startseite/start.html>),
- der *Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.* (unter: <http://www.lebenshilfe.de/de/index.php>)
- und der *Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.* (unter: <http://www.dgsgb.de/>)
- und des *Robert-Koch-Instituts* (unter: http://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html),

aus welchen wichtige Texte, Zeitschriften, Artikel und Dokumentationen aus Arbeitstagen hervor gingen, welche zureichend verwendet wurden.

Die gewonnen Texte wurden einerseits für die Erstellung des Hintergrundteils herangezogen. Andererseits wurden daraus erhaltene Vorgaben und Vorschläge zum Umgang und Psychotherapie bei Menschen mit GB genutzt, um aus den abgeleiteten Regeln ein modifiziertes Psychoedukationsmanual zu erstellen. Inhalt und Struktur der Module dieser Arbeit lehnen sich hauptsächlich das einzig ausfindig gemachte Psychoedukationsmanual spezifisch bei Angsterkrankungen (Alsleben et al., 2004) und an ein weiteres Manual zur diagnoseübergreifenden psychoedukativen Anwendung (Rabovsky et al., 2009) (beides nicht bei geistig behinderten Menschen) an. Spezifische Teilelemente aus diesen Manualen wurden, mit dem Ziel den Bedürfnissen von Menschen mit GB gerecht zu werden, modifiziert.

3.3.2. Beschreibung der Modifizierung

Sappok, Voß, Millauer, Schade & Diefenbacher (2010) konnten eine von ihnen modifizierte Verhaltenstherapie bei einem geistig Behinderten mit einer spezifischen Phobie vor Hunden erfolgreich anwenden. Sie betonen die Notwendigkeit „die Behandlung im Hinblick auf die verwendeten Einzelkomponenten und der Art der Informationsvermittlung zu modifizieren“ (Sappok et al., 2010, S. 833). Deren Vorschläge zur Modifizierung der Therapie konnten in der Praxis erfolgreich angewandt werden. Ihre Leitlinien, wie Psychotherapien bei der Anwendung bei Menschen mit GB modifizierbar gemacht werden könnten, werden in *Tabelle 4* neben den daraus abgeleiteten Rahmenbedingungen für das vorliegende Konzept vorgestellt.

Tabelle 4 Psychotherapeutischer Zugang zu Menschen mit GB

Grundregeln in der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung nach Sappok et al. (2010)	Abgeleitete Rahmenbedingungen, welche für das vorliegende Konzept im Ergebnisteil gelten werden
Einfache, konkrete Sprache	Modifizierung der Sprache und des Inhalts der Module nach den „Regeln der Leichten Sprache“ (BMAS, 2014), sowie die Anforderung an den Gruppenleiter, dieses Regelwerk bei seine eigenen Aussprache zu beherrschen, Abstrahieren komplexer Texte auf konkrete und kurze Darstellungen
Klare Struktur der Therapieeinheiten	Einhalten einer gleichbleibenden Struktur in allen Modulen [Begrüßung, Orientierung im Programm durch den Wanderberg (vgl. Modul 1) mitunter als kurze Wiederholung der vorherigen Sitzung , Raum für offene Fragen, Inhalte der jeweilig aktuellen Sitzung, Verabschiedung]
Kürzere, aber insgesamt mehr Therapieeinheiten	Moduldauer von 45 – 60 Minuten [Sappok et al. (2010) nutzten Einheiten von je 45 Minuten], zwei Module pro Woche
Nichtverbale Kommunikationsmethoden nutzen	Nutzung der Piktogramme der Software METACOM 6 (METACOM Symbole © Annette Kitzinger) und spezifischer Gegenstände zur Veranschaulichung einiger Inhalte und dadurch der visuellen Unterstützung einer verbalen Kommunikation dienlich, kreative, teils abstrakte Demonstrationen von Sachverhalten
Zielfokussiertes Vorgehen	Klare Zielvorgabe für jedes Modul, auf welche der Gruppenleiter hinarbeitet
Rollenspiele	Vorgaben für den Gruppenleiter zur Anwendung von Rollenspielen und Diskussionen in den Modulen, Nutzung narrativer Geschichten, interaktive Gesprächsrunden

Zur Nutzung von Piktogrammen sei noch erwähnt, dass diese unmittelbar das Verstehen des Gehörten positiv beeinflussen (Inclusion Europe, 2009). Alle Piktogramme dieses Manuals sind aus der Software METACOM 6 (METACOM Symbole © Annette Kitzinger) teils im Original und teils durch den Autor bearbeitet eingefügt worden. Die Bearbeitungen beziehen sich dann lediglich auf Vergrößerungen, Verkleinerungen oder Detailänderungen, welche die Piktogramme nicht außerhalb des dafür vorgesehenen Rahmens ändern. Die *Rote Karte*, welche aus den Regeln der *Leichten Sprache* (BMAS, 2014) ausgewählt wurde, ist das einzige nicht aus METACOM 6 stammende Piktogramm.

Weiterhin werden Inhalte aus dem Hintergrundteil zum Themenblock geistiger Behinderung (vgl. 2.1.), welche intellektuelle Bedürfnisse zum Verständnis von Inhalten beschreiben, in der Modifizierung berücksichtigt. Um den Inhalt der Module für die Kursteilnehmer zugänglich zu gestalten, wird jede Session in ihrer Komplexität reduziert. Fachausdrücke werden entweder erklärt, bzw. in leichter Sprache umschrieben. Somit sollen inhaltlich komplexe Informationen an die kognitiven Fähigkeiten der Teilnehmer angepasst werden. Durch den Einsatz von Geschichten, Medien, Gruppendiskussionen oder Spielen wird auf einen eintönigen Frontalunterricht weitestgehend verzichtet und die Teilnehmer mit in das Geschehen eingebunden. Somit sollen Defizite in Aufmerksamkeitsfähigkeit und -dauer so gut wie möglich ausgeglichen werden.

Außerdem wurden, um den Herausforderungen bei der Inhaltsvermittlung gerecht zu werden, einige Methoden aus Programmen jeglicher psychotherapeutischer Inhalte für Kinder verwendet, bzw. zur Modifizierung genutzt.

Unter den jeweiligen Modulen bzw. teils unter den einzelnen Komponenten der Module können jeweils die Originalquelle der Informationen und die durch den Autor dieser Arbeit vorgenommenen Modifizierungen eingesehen werden.

Durch all jene genannten Techniken wird versucht, die Infovermittlung zu gewährleisten und deren lebenspraktische Bedeutung für die Teilnehmer erkennbar zu gestalten. Durch die Einschränkungen in Konzentrationsfähigkeit, Verständnisfähigkeit, Sprache und Übertragung von Theorie in die Praxis geistig behinderter Menschen stellen bisherige Manuale viele Barrieren bei nicht geistig Behinderten bereit, welche vorliegendes Manual mit speziellen Techniken auszuschalten versucht und daher für Menschen mit GB zugänglich machen soll.

3.3.3. Leichte Sprache

Der Ratgeber *Leichte Sprache*, welcher zur Umformulierung der Inhalte und sprachlichen Anpassung zur besseren Verständlichkeit für Menschen mit Lern-Schwierigkeiten genutzt wurde, wurde vom *Netzwerk Leichte Sprache* verfasst. Diese Arbeitsgruppe besteht seit 2006 und hat 29 deutsche und österreichische Gruppen mit behinderten und nicht-behinderten Mitgliedern, mitunter die *Lebenshilfe Bremen* mit ihrem *Büro für Leichte Sprache* und *Mensch zuerst*, einem Verein von und für Menschen mit Lernschwierigkeiten (mehr zu Zweiterem unter http://www.people1.de/wer_verein.html). Das Netzwerk setze sich für die Implementierung von Gesetzen ein, wodurch eine Nutzung der *Leichten Sprache* in bestimmten Angelegenheiten in unserer Gesellschaft (vor allem in Behörden) verpflichtend gemacht werden soll. Das Regelwerk richtet sich vorwiegend auf die Kommunikation mit Menschen mit Lern- und Leseschwierigkeiten beschreibt die Anwendungen der Leichten Sprache bzw. die Modifizierung von Texten in Leichte Sprache. Um eine Effizienz zu gewährleisten, wurden diese Regeln von Betroffenen geprüft. Auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat diesen Ratgeber veröffentlicht und stellt somit die Regeln allen Interessentenn durch kostenlose Zusendung eines Zeitschriftenaufsatzes zur Verfügung (BMAS, 2014; Lebenshilfe Bremen e.V, 2013). Um den vorherrschenden Einschränkungen in Sprachverständnis und in Kommunikationsfertigkeiten geistig gehinderter Menschen gerecht zu werden, werden die folgenden Regeln der Leichten Sprache bei der Umgestaltung von Texten etc. aus genanntem Regelwerk verwendet:

Wörter:

- allgemein bekannte, einfach und genau umschreibende Wörter nutzen
- auf Fach- und Fremdwörter weitestgehend verzichten, bzw. in Einzelfällen ankündigen und erklären
- bei der Wiederholung von Schlüsselwörtern eine Verwendung von Synonymen auslassen
- lange Wörter durch einen Bindestrich kürzen
- vorzugsweise Verben verwenden, um Sachverhalte aktiv darzustellen
- Vermeidung des Genitivs durch den Einsatz von Wörtern wie „von dem“
- Vermeidung des Konjunktivs durch den Einsatz von Wörtern wie „vielleicht“
- positive Sätze sind negativen Sätzen vorzuziehen
- keine Verwendung von Metaphern, da die Gefahr besteht, dass sie wörtlich verstanden werden

Sätze:

- kurz fassen
- sollen je nur eine Aussage enthalten
- Satzbau von *Subjekt – Verb – Objekt* verwenden, da dieser einfach verständlich wäre
- Beteiligte direkt mit der Anrede *Sie* ansprechen

Text:

- Vermeidung rhetorischer Fragen, da manche beginnen könnten, Antworten darauf zu suchen
- kein Verweisen auf andere Textstellen
- Inhalt und Sinn erhalten lassen
- Erklärungen, Hinweise und Beispiele verwenden
- Ändern von Reihenfolge und Formatierung, sowie das Weglassen von unwichtigen Textteilen sind bei der Modifizierung in Leichte Sprache legitim

Gestaltung des Textes:

- einfache und gut lesbare, gerade Schriftart verwenden; z.B. die Schriftart *Freestyle Script* (*Freestyle Script*) eignet sich nicht, die Schriftart *Arial* (*Arial*) eignet sich
- Beibehalten einer Schriftart während des ganzen Textes
- Mindestrahmen für die Schriftgröße beträgt zwischen 14-18
- Zeilenabstand soll mindestens 1,5 betragen
- Linksbündige Ausrichtung des Textes, mit Ausnahme der Überschrift, welche in der Mitte stehen darf
- Faustregel: pro Satz eine neue Zeile
- alle sinnzusammenhängende Wörter in eine Zeile
- Einfügen vieler sinnzusammenhängender Absätze, welche je eine Überschrift haben sollen
- Wählen einer dunklen Schriftfarbe und eines hellen Hintergrundes
- Verwenden von mattem im Gegensatz zu glänzendem Papier, um ein Spiegeln zu vermeiden
- Verwenden vieler, passender, scharfer Bilder, um das Textverständnis zu erhöhen

Zahlen:

- hohe Zahlen durch Umschreibungen, wie „eine sehr große Menge“ oder „vor mehr als 100 Jahren“, vermeiden
- grundsätzlich durch Ziffern und nicht durch Wörter angeben
- Römische Zahlen werden durch arabische Zahlen ersetzt

Regeln für den Leiter:

- Beteiligte direkt mit der Anrede *Sie* ansprechen
- langsam, laut und betont sprechen
- ausreichend Sprechpausen einlegen
- Fragen aus der Runde laut und deutlich für alle wiederholen und beantworten
- der Ablauf des Zusammenkommens soll für alle sichtbar und nachvollziehbar sein, was im nachfolgenden Manual durch den Wanderberg (*Modul 1*) erfüllt wird
- kein Verwenden von bildlicher Sprache, Sarkasmus bzw. Ironie, da dies zu Verwirrung führe
- auf Reaktionen der Teilnehmer achten und im besten Falle erkennen, ob inhaltlich alles verstanden werden könne und Interesse am aktuellen Thema bestehe (dies ist ein wichtiges Feedback für den Durchführenden, da ggf. schon während der Durchführung der Module die Sprache weiter angepasst werden kann)
- inhaltliche Fragen stellen, Teilnehmer zum Erzählen von eigenen Erlebnissen ermuntern, da unter Mitarbeit die Vortragsweise spannender bleibt

Vortragsfolien:

- pro Seite nicht mehr als fünf Stichpunkte
- Farben freundlich und kontraststark wählen
- Schriftgröße soll 30 Punkt oder größer sein
- Wählen eines dezenten, leicht lesbaren Schreibstil

Rote Karte:

- damit können Verständnisschwierigkeiten jeglicher Art kommuniziert werden
- bekommt jeder Teilnehmer (*Modul 1*)
- Gruppenleiter achtet stets darauf, dass Rote Karten nicht übersehen werden

4. Ergebnisse

Nachfolgend finden sich zuerst die Rahmenbedingungen des Manuals, dann die Hinweise für den Gruppenleiter, unter anderem mit Instruktionen für einen angemessenen Umgang mit den Teilnehmern und anschließend eine schematische Darstellung der Schwerpunkte der einzelnen Module. Abschließend wird die Durchführung des Manuals mit seinen einzelnen Modulen vorgestellt.

4.1. Rahmenbedingungen

Nachträglich werden die Rahmenbedingungen aufgelistet, wie sie für das vorliegende Modul einzuschätzen sind. Jene stammen ursprünglich aus den Modulen nach Alsleben et al. (2004) und Rabovsky et al. (2009) (Aufführung jener unter Punkt 2.3.2.) und wurden ggf. anhand der in Punkt 3.3.2. vorgegebenen Beschreibungen zur Modifizierung angepasst.

- Zielgruppe: umfasst keine bestimmten Angsterkrankungen, keine bestimmter Andauer der Symptome, Schweregrad der Behinderung durch das Fachpersonal einzuschätzen
- Anwendungsort: könnte im ambulanten, stationären oder teilstationären Rahmen angewandt werden, beachtet werden muss jedoch, dass es sich um einen geschlossenen Zyklus der Module handelt, da diese teils aufeinander aufbauen
- Anzahl der Teilnehmer: 4-6 Teilnehmer
- Anzahl der Leiter: ein bis zwei Gruppenleiter
- Qualifikationen des Leiters: im psychiatrischen Rahmen berufstätige und die Grundkenntnissen der VT beherrschende Leute
- Sitzungsanzahl und -dauer: 9 Sitzungen zu je 45-60 Minuten
- Sitzungsfrequenz: zwei Sitzungen pro Woche
- Raumgestaltung: ausreichende Größe, ruhige Lage, gleichbleibender Raum
- Sitzordnung: hufeisenförmiger Stuhlkreis, damit der Leiter sich mit Flip Chart in der Öffnung platzieren kann, bzw. die Power Point Präsentation durch die halbkreisförmige Anordnung von allen Teilnehmern gesehen werden kann
- Aufnahme neuer Klienten während eines Zyklus: eher ungünstig, betrachtet man die Dynamik in der Gruppenkohäsion bzw. den geschlossenen Zyklus der Module (möglicherweise anfangs, nach den ersten zwei Sitzungen noch möglich)
- Gestaltung der Durchführung: interaktiv, um erworbenes Wissen besser einzuprägen

4.2. Instruktionen zum Umgang mit den Teilnehmenden

Während der Erstellung der einzelnen Module fiel oft auf, dass bestimmte Schwierigkeiten vermehrt auftreten könnten. Diese beziehen sich oft auf das Verständnis der Teilnehmer. Da jene manualübergreifend auftreten können, werden hier allgemeine Leitlinien aufgezeigt, an die sich der oder die Gruppenleiter (die Durchführung mit einem Co-Gruppenleiter ist möglich; um der Lesbarkeit Willen wird auf das Wort im Singular zurückgegriffen) über das ganze Programm hinweg zu halten haben:

- Finden die Teilnehmer keine Antworten auf gestellte Fragen oder geben keine Inputs in Gruppendiskussionen, in denen jeder von eigenen Erfahrungen sprechen könnte, werden diese nicht sofort für sie beantwortet. Die Teilnehmer sollen die durch weiteres Nachfragen des Leiters in den Beantwortungen unterstützt werden. Es sollte sensibel darauf geachtet werden, die Teilnehmer nicht zu bedrängen. Wenn sie nicht mehr preisgeben wollen, als sie tun, ist das zu respektieren.
- Vor jedem Modul, außer vor *Modul 1*, wird auf den Wanderberg (vgl. *Modul 1*) eingegangen werden. Jenes soll als Wiederholung der letzten Sitzung dienen und die Orientierung im Programm veranschaulichen.
- Die kursiv geschriebenen Textstellen werden vorgelesen oder in eigenen Worten (auf die Verwendung *leichter Sprache* achten!) wiedergegeben.

Einige der schon erwähnten „Grundregeln in der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminde- rung“ nach Sappok et al. (2010, S. 828) werden dem Gruppenleiter hier als Grundhaltung vorgestellt. Der Gruppenleiter hat jederzeit folgende Aspekte im Umgang mit den Teilnehmenden und bei der Durchführung des Konzepts zu berücksichtigen:

- Einhalten eines direktiven Stils
- Nutzung von einfacher, konkreter Sprache (hierzu wird der Gruppenleiter angehalten, sich das in Punkt 3.3.3. „Leichte Sprache“ vorgestellte Regelwerk der Leichten Sprache anzueignen, welches hier aus platzsparenden Gründen nicht noch einmal aufgeführt wird.
- Das Lebensumfeld der Beteiligten soll unter Berücksichtigung der Privatsphäre dahingehend einbezogen werden, dass in den einzelnen Sessions nach eigenen Erfahrungsberichten, Kompetenzerfahrungen etc. gefragt werden soll.
- Es ist eine langsame Präsentationsgeschwindigkeit mit mehreren Pausen einzuhalten.

- Jede Session wird mit einer Wiederholung der letzten Session begonnen, auch während den einzelnen Modulen sollen Inhaltszusammenfassungen zum besseren Verständnis und zur besseren Vertiefung eingebaut werden.
- Durch Beispiele soll ein Bezug zu lebenspraktischen Situationen hergestellt werden.
- Der Gruppenleiter hat mehr Zeit für die Beantwortung seiner Fragen einzuplanen.
- Störfaktoren sollen ausgeschaltet werden, um mögliche Ablenkungen zu reduzieren.

Weiterhin ist der Gruppenleiter daran angehalten, während den Sitzungen zu überprüfen, ob er von den Teilnehmern akustisch verstanden wird und ihm diese inhaltlich folgen können. Jenes kann durch dichotomes Nachfragen über die Verständlichkeit oder über die Anforderung, kürzlich Gesagtes in eigenen Worten zu wiederholen, erbracht werden (Inclusion Europe, 2009). Der Gruppenleiter solle weiterhin auf Folgendes achten (ebd.):

- Eine adäquate Sprache soll angewendet werden. Es darf nicht vergessen werden, dass man nicht mit Kindern spricht.
- Den Teilnehmern soll aufgrund kommunikativer Einschränkungen Zeit zum Sprechen gegeben werden; d.h. Sätze der Teilnehmer werden nicht vom Gruppenleiter beendet oder unterbrochen.
- Wortbeiträge sollen inhaltlich und auch anhand der Art der Äußerung ernst genommen werden.

Da Menschen mit geistiger Behinderung oftmals eine psychotherapeutische Behandlung nicht aus eigener Motivation aufsuchen, sondern durch Aufforderungen durch andere dazu gedrängt werden, kann man davon ausgehen, dass von einer Motivation, sich überhaupt „infrage zu stellen und zu verändern“ (Wunder, 2011, S. 33) nicht unbedingt ausgegangen werden kann. Daher könnte auch die aktive und interessierte Teilnahme eingeschränkt sein (ebd.), was der Gruppenleiter berücksichtigen muss. Diese Informationen im Hinterkopf haltend soll er versuchen und sich zum eigenen Ziel machen, eine Eigenmotivation in den Teilnehmenden hervorzurufen.

4.3. Überblick über Modulschwerpunkte

Tabelle 5 stellt nun übersichtlich die Schwerpunkte, wie sie auch in der Durchführung der einzelnen Module dargestellt werden, dar. Dies gilt lediglich als Orientierung für den Gruppenleiter.

Tabelle 5 Überblick über die Modulschwerpunkte

Modul-Nummer	Themenschwerpunkte
1	Begrüßung/Vorstellungsrunde Erklären der <i>Roten Karten</i> Vorschau auf das Programm durch den Wanderberg Gruppenregeln
2	Evolutionäres Konzept der Angst Angst als wichtiger/falscher Alarm
3	Vier Seiten der Angst (körperlich, gedanklich, emotional, auf das Verhalten bezogen) Vor was hat man Angst?
4	Teufelskreis der Angst
5	Vermeidung/Flucht/ und angst- und mutmachende Gedanken
6	Was ist Stress? Wann hat man Stress? Zusammenhang von Stress und Angst Stress im Alltag reduzieren (1)
7	Stress im Alltag reduzieren (2) Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen
8	Gleichgewicht und Ungleichgewicht der Botenstoffe; Medikamente Regeln und Tipps zur Medikamenteneinnahme
9	Ziele des sozialen Kontakts Mimik und Gestik deuten Ängstlich sprechen – mutig sprechen

4.4. Module

Im folgenden Teil werden für einige zu entstehende Situationen *Schaubilder* zur Veranschaulichung und Erleichterung für den Gruppenleiter bereitgestellt. Deren Beschreibungen sind im Abbildungsverzeichnis zu finden am Ende dieser Arbeit unter einem separaten Punkt zu finden. Weiterhin wird darauf verwiesen, dass die Anhänge des folgenden Manuals der Übersichtlichkeit halber im Anhangsverzeichnis unter den jeweiligen Modulen zu finden sind. Die darin enthaltenen Abbildungen werden in jeweiligen Modul wieder angefangen bei 1 durchnummeriert.

4.4.1. Modul 1

Materialien:

- der Anzahl der Teilnehmer entsprechend viele *Rote Karten* vorbereiten; hierzu *Abbildung 1* im Anhang drucken, ausschneiden und ggf. laminieren (Anweisung des Datenschutzes in Anhang beachten!)
- Flip Chart und Stifte
- PC und Beamer für die Power Point Folien (PPT)
- Power Point Folien *Vorstellungsrunde* und *Gruppenregeln* (*Abbildungen 2-6*)
- *Wanderberg* und *Wandergruppe* (*Abbildungen 7-8*) drucken und ggf. laminieren, dazu eine Pinnnadel (*Abbildung 7* im A1 Format drucken)
- weicher Ball/großer Soft-Würfel etc., der gut zu greifen und nicht zu schwer ist

Ziele:

Die Ziele dieses Moduls sind das Kennenlernen der Gruppenteilnehmer und des Gruppenleiters. Dadurch soll die Kohäsion der Gruppe gestärkt werden. Die *Roten Karten* werden ausgeteilt und erklärt. Weiterhin werden die Gruppenregeln vorgestellt. Durch eine kurze Vorschau anhand des *Wanderberges* sollen die Teilnehmer erfahren, was sie während dieses Programms erwartet.

Durchführung:

1) Begrüßung der Teilnehmer, Vorstellungsrunde

Wenn der den Teilnehmenden noch nicht ausreichend bekannt ist, stellt er sich zu Beginn mit Name und Berufsbezeichnung vor. Folgender Abschnitt kann entweder abgelesen oder in eigenen Worten (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) wiedergegeben werden:

„Herzlich willkommen zu unserer Gruppe. Wir wollen uns alle einige Male treffen, um über „Angst“ zu sprechen. Alle Menschen haben manchmal Angst. Die einen mehr, und die anderen weniger. Die meisten von Ihnen haben etwas öfter Angst als andere Menschen. Das ist auch ok so. Hier werden wir etwas über „Angst“ lernen. Das Ziel ist es, dass Sie sich danach mehr über die Angst wissen. Sie sollen hier lernen, besser mit der Angst zu leben. Und weniger Angst haben zu müssen.“

Damit sich auch die Teilnehmenden kennen lernen, soll dann ein weicher Ball/Soft-Würfel etc. durch die Gruppe gegeben werden. Der Teilnehmer, der den Gegenstand hat, stellt sich zunächst vor und gibt/wirft ihn dann an einen beliebigen anderen Teilnehmer weiter. Als roten Faden für die Vorstellungsrunde soll die zugehörige Power Point Folie (*Abbildung 2*) an eine weiße Wand projiziert und vorgelesen werden.

Quelle: Begrüßung und Vorstellungsrunde (Alsleben et al., 2004)

Modifizierung:

- Erstellen der Power Point Folie mit Verwendung von Piktogrammen und Hilfetexten in leichter Sprache.
- Formulieren des abzulesenden Textes in leichter Sprache.
- Spielerisches Gestalten der Begrüßung durch die Verwendung des Soft-Würfels oder Balls.

2) Rote Karten

Als nächstes werden den Teilnehmern die *Roten Karten* ausgehändigt. Der Leiter erklärt den Teilnehmenden deren Sinn (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!). Die Teilnehmer können auf sich aufmerksam machen, indem sie die Rote Karte hochhalten, darauf klopfen, darauf deuten etc. Die Roten Karten können verwendet werden, wenn:

- etwas nicht verstanden wird
- jemand eine Frage hat
- der Redner zu schnell ist
- der Redner undeutlich spricht
- leichtere Sprache verwendet werden soll
- Teilnehmende aus einem anderen Grund auf sich aufmerksam machen wollen.

Die Nutzung der Roten Karten soll als Unterstützung dienen und ist kein Muss.

Quelle: Rote Karten (Lebenshilfe Bremen e.V., 2013)

3) Vorschau auf das Programm anhand des Wanderbergs

Anhand des Wanderbergs wird den Teilnehmern die Orientierung im Programm anschaulich dargestellt. Der Gruppenleiter informiert die Teilnehmenden, dass es insgesamt neun Sitzungen geben wird, die am Wanderberg durch die Haltestellen oder auch Rastplätze dargestellt werden. Der Wanderberg soll zu jeder Sitzung sichtbar aufgehängt werden. Die Wandergruppe stellt die Seminargruppe dar und soll bei jeder Sitzung an die jeweilige Raststätte gepinnt werden. Somit kann im späteren Verlauf des Programms der aktuelle Stand veranschaulicht werden.

Quelle: Wanderberg (Ahrens-Eipper, Leplow & Oestreich, 2004)

Modifizierung:

- Formulierungen der einzelnen Haltestellen in leichter Sprache.
- Zeichnen des Wanderberges mit Abstimmung auf das vorliegende Programm.

4) Gruppenregeln

Hierfür wird zuerst ein Flip Chart benötigt. Die Teilnehmer werden gebeten, ihnen bekannte Regeln, die innerhalb der Gruppe eingehalten werden sollen, zu benennen. Diese werden auf dem Flip Chart skizziert. Da bei der Zielgruppe nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese auf Anhieb verstanden, gelesen bzw. behalten werden können, werden die wichtigsten Regeln noch einmal per Prower Point Folien (*Abbildungen 3-6*) erklärt. Der Gruppenleiter liest die Textstellen auf den einzelnen Folien vor und bespricht deren Inhalt mit den Teilnehmenden, um sicher zu gehen, dass diese verstanden werden.

Quelle: Regeln an sich (Alsleben et al., 2004)

Modifizierung:

- Gruppengespräche über Regeln, um die Teilnehmenden verstärkt mit einzubeziehen.
- Verwendung des Flip Charts, um Gesagtes festzuhalten.
- Erstellen der Power Point Folien mit Verwendung von Piktogrammen und Hilfetexten in leichter Sprache.

4.4.2. Modul 2

Materialien:

- ausgedruckte Geschichte *Fred und Warnie (Geschichte 1)*
- ausgedruckte Kurzgeschichten *True and False Alarm (Geschichten 2-5)*
- Wanderberg

Ziele:

Den Teilnehmern soll das evolutionäre Konzept der Angst, mit der Hauptaussage des schützenden Mechanismus von Angst, vermittelt werden. In diesem Teil wird darauf eingegangen, dass die Angst uns vor der Auseinandersetzung mit gefahrenbesetzten Situationen bewahren kann. Im zweiten Teil geht es darum, dass die Angst manchmal berechtigt, manchmal aber nicht berechtigt ist. Die Teilnehmer sollen für die Differenzierung von berechtigt und unberechtigt sensibilisiert werden und gleichzeitig den aktivierenden Sinn von Angst in Gefahrensituationen übermittelt bekommen.

Durchführung der Sitzung:

1) Begrüßung und Orientierung im Programm

Der Gruppenleiter begrüßt die Teilnehmenden zur heutigen Sitzung. Die „Wandergruppe“ setzt er auf die heutige Sitzung am *Wanderberg*. Die Teilnehmenden werden gefragt, ob sie sich noch an Inhalte der letzten Sitzung erinnern können, bzw. ob sie Fragen dazu haben. Der Gruppenleiter geht kurz auf die letzte Sitzung ein und wiederholt zusammen mit den Teilnehmenden kurz einige Regeln und die Nutzung der *Roten Karten*.

2) Evolutionäres Konzept der Angst

Folgender Text kann als Einleitung vorgelesen oder in eigenen Worten ähnlich wiedergegeben werden:

„Dass wir Menschen überhaupt Angst haben, hat gute Gründe. Denn wir brauchen Angst zum Überleben. Sie schützt uns vor Gefahren. Wenn wir Angst haben, können wir erkennen, dass wir in Gefahr sind. Außerdem verleiht uns die Angst mehr Stärke. Man ist dann stärker und kann sich dann besser wehren oder flüchten. Dazu könnt ihr euch nun eine Geschichte anhören. Sie handelt von zwei Freunden, die in einer Zeit lebten, die schon lange vorbei ist. Einer von beiden ist sehr mutig, vielleicht sogar

ZU mutig. Der andere ist etwas ängstlich. Er wird euch aber zeigen, warum Angst wichtig für unser Leben ist.“

Nun liest der Gruppenleiter die Geschichte von *Fred und Warnie* vor und bespricht sie anschließend mit den Teilnehmern. Dabei soll der Schutzmechanismus der Angst, also die erhöhte Wachsamkeit der Angst, im Vordergrund stehen. Hierbei können folgende Fragen, die je nach geglückter Verständnisauffassung der Teilnehmer ausgesucht bzw. modifiziert werden sollen (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), als Beispiele dienen:

- Wie unterscheiden sich Fred und Warnie?
- Was ist besser: so mutig wie Warnie zu sein und ständig in Gefahr zu leben oder etwas ängstlich wie Fred zu sein, der aber nicht in Gefahr ist?
- Ist die Angst wichtig in unserem Leben?
- Wie schützt uns die Angst vor Gefahren?

Quelle: Evolutionäres Konzept der Angst (Hülshoff 2006)

Modifizierung:

- Erstellen der Geschichte von „Warnie und Fred“ mit Elementen des evolutionären Konzeptes der Angst.
- Erstellen der Beispielfragen, die der Gruppenleiter anschließend mit den Teilnehmern besprechen soll.
- Formulieren des abzulesenden Textes in leichter Sprache.

3) Angst als wichtiger Alarm/Angst als falscher Alarm

Es soll das Gefühl dafür entwickelt, bzw. verstärkt werden, wann Angst als Reaktion angemessen und wann sie unangemessen ist. Den Teilnehmern werden die *True and False Alarms - Kurzgeschichten* vorgetragen, welche jeweils im Anschluss evaluiert werden sollen. Folgende Beispielfragen können dabei benutzt werden:

- Warum hatte die Person Angst?
- Musste die Person tatsächlich Angst haben oder nicht?
- Warum war die Angst in der jeweiligen Geschichte wichtig oder unberechtigt?
- Wie hat die Angst der ggf. Person geholfen, sich richtig zu verhalten?

Quelle: Info zu wichtigem/falschen Alarm (im Original „True Alarms, False Alarms“) (Barlow, 2004)

Modifizierung:

- Erstellen der Kurzgeschichten unter Verwendung der Regeln der *Leichten Sprache*.
- Erstellen der Anschlussfragen.

4) Verabschiedung

Nochmals besteht ein Raum für Fragen auf Seiten der Teilnehmenden. Der Gruppenleiter verabschiedet dann die Teilnehmenden und verweist auf den Termin der nächsten Sitzung.

4.4.3. Modul 3

Materialien:

- PC und Beamer für die Power Point Folien
- Power Point Folien: *Vier Seiten der Angst (Abbildungen 1-4)* und *Wann haben wir Angst? (Abbildungen 5-7)*
- *Körperanzeichen der Angst (Abbildungen 8-10)* drucken und laminieren
- Wanderberg

Ziele:

In der heutigen Sitzung soll die Emotion Angst intensiv diskutiert werden. Die vier Ausdrucksweisen der Angst – körperlich, gedanklich, emotional, verhaltenstechnisch – sollen besprochen werden. Dadurch soll die Emotion besser kennen gelernt und differenzierter wahrgenommen werden. Weiterhin wird übermittelt, wann der Mensch sich in einem Angstzustand befinden kann, wann man also potentieller Gefahr ausgesetzt ist. Hierdurch soll die Entscheidungskompetenz über eine berechnete und unberechnete Angstsituation gesteigert werden.

Durchführung:

1) Begrüßung und Orientierung im Programm

Der Gruppenleiter begrüßt die Teilnehmenden zur heutigen Sitzung. Die „Wandergruppe“ setzt er auf die heutige Sitzung am *Wanderberg*. Die Teilnehmenden werden gefragt, ob sie sich noch an Inhalte der letzten Sitzung erinnern können, bzw. ob sie Fragen dazu haben. Der Gruppenleiter geht kurz auf die letzte Sitzung ein und bespricht stichpunktartig (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), was in der letzten Sitzung gelernt wurde: Angst als Schutzmechanismus vor der Auseinander-

setzung mit gefährlichen Situationen, Angst tritt nicht immer berechtigt auf, im Falle einer berechtigten Situation jedoch hilft uns die Angst schneller in Sicherheit zu kommen.

2) Die vier Seiten der Angst

Folgender Text kann als Einleitung vorgelesen oder in eigenen Worten ähnlich wiedergegeben werden:

„Heute sprechen wir über die Symptome der Angst. Ein Symptom ist ein Anzeichen von etwas. Wir wollen über die Anzeichen von Angst sprechen. Angst kann sich ganz unterschiedlich äußern. Sie kann sich immer anders anfühlen. Angst kann vier verschiedene Seiten haben. Diese werden wir jetzt kennen lernen.“

(Gruppenleiter wendet sich teils an die Abbildungen der Power Point Folien, teils an die ausgedruckten Abbildungen:)

Abbildung 1 (PPT):

- *„Angst können wir an unserem Körper spüren.*
- *Wir spüren die Anzeichen dann an unserem Körper.*
- *Ein Beispiel hierfür ist -schwitzen-.*
- *Wie spüren Sie die Angst am Körper?“*

Um auf die körperbezogenen Symptome besser einzugehen, sollen die gedruckten *Abbildungen 8-10* aus den *Körperanzeichen der Angst* für alle sichtbar gezeigt, ggf. rumgegeben und besprochen werden:

Abbildung 8:

- *„Diese Person hat Angst.*
- *Welche Anzeichen sehen Sie dafür?“*

Die Teilnehmer sollen dazu ermutigt werden (unter Umständen durch Nachfragen) folgende Symptome zu benennen: Schwitzen, aufgerissene (optional große) Augen und roter Kopf.

Abbildung 9:

- *„Wie fühlt sich Ihr Herz an wenn Sie Angst haben?“*

Die Teilnehmer sollen dazu ermutigt werden (unter Umständen durch Nachfragen) folgende Symptome zu benennen: schneller/lauter/starker Herzschlag. Anschließend soll erklärt werden, warum unser Herzschlag sich verändert:

„Unser Herz muss schnell und laut schlagen, damit unsere Muskeln genug Blut bekommen. Wenn unsere Muskeln mehr Blut bekommen, sind wir stärker und können schneller laufen. Falls wir in Gefahr sind, ist das wichtig. Dann können wir schnell weglaufen oder uns verteidigen.“

Abbildung 10:

- *„Ist Ihnen kalt oder ist Ihnen warm wenn Sie Angst haben?“*

Die Teilnehmer sollen dazu ermutigt werden, ihre subjektive Erfahrung der Temperaturempfindung mitzuteilen. Anschließend wird aufgeklärt, dass sowohl Wärme- als auch Kälteempfinden und auch ein Wechselspiel von beidem möglich ist. Anschließend wird wieder zu den Power Point Folien übergegangen, um auf die weiteren Seiten der Angst einzugehen.

Abbildung 2 (PPT):

- *„Angst wirkt auch auf unsere Gedanken.“*
- *Wenn wir Angst haben sind unsere Gedanken manchmal schlimm.*
- *Die Gedanken machen die Angst dann noch schlimmer.*
- *Man denkt zum Beispiel, dass man gleich umfällt.*
- *Was denken Sie, wenn Sie Angst haben?“*

Abbildung 3 (PPT):

- *„Wenn wir Angst haben, verändern sich auch unsere Gefühle.“*
- *Unsere Gefühle sind dann schlecht.*
- *Wir fühlen uns dann nicht gut.*
- *Wir fühlen uns zum Beispiel hilflos oder traurig.*
- *Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie Angst haben?“*

Abbildung 4 (PPT):

- „Durch die Angst ist unser Verhalten manchmal nicht normal.
- Wir verhalten uns dann anders.
- Wir verhalten uns nicht, wie wir uns sonst verhalten.
- Zum Beispiel kann es dann sein, dass man ganz schnell den Raum verlässt.
- Man geht wo anders hin, weil man denkt, die Angst sei dann weg.
- Was machen Sie, wenn Sie Angst haben?“

Quelle: Die vier Seiten der Angst (Alsleben et al., 2004)

Modifizierung:

- Erstellen der Power Point Folie mit Verwendung von Piktogrammen und Hilfetexten in leichter Sprache.
- Formulieren des abzulesenden Textes in leichter Sprache.

3) Wann haben wir Angst?

Folgender Text kann vorgelesen oder in eigenen Worten ähnlich wiedergegeben werden:

„Angst ist ein Gefühl, das jeder manchmal hat. Meistens haben wir Angst, wenn etwas gefährlich ist. Oder wenn wir nicht wissen, was als nächstes passiert. Man kann auch Angst bekommen, wenn man keine Kontrolle über eine Situation hat. Dazu versuchen wir jetzt, ein paar Beispiele zu finden.“

Der Gruppenleiter liest oder erklärt in eigenen Worten (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), was im folgenden Teil aufgeführt, sowie zusätzlich, was auf den jeweiligen Folien (*Wann haben wir Angst?* Abbildungen 5-7) steht:

Abbildung 5 (PPT):

- „Manchmal sind wir in Gefahr.
- Dann sind wir in gefährlichen Situationen.
- Dabei können unser Leben und unsere Gesundheit in Gefahr sein.“

Abbildung 6 (PPT):

- „Manchmal ist etwas ungewiss.
- Das bedeutet, dass man nicht weiß, was als Nächstes passiert.
- Wir malen uns Dinge aus, die passieren können.
- Manchmal machen uns diese Dinge Angst.“

Abbildung 7 (PPT):

- „Manchmal haben wir keine Kontrolle darüber, was passiert.
- Das heißt, dass wir nicht entscheiden können, was passieren wird.
- Das kann uns Angst machen.
- Denn man hat keine Macht darüber, was passiert.“

Quelle: Aspekte unter denen Angst normalerweise auftritt (Alsleben et al., 2004)

Modifizierung:

- Erstellen der Power Point Folie mit Verwendung von Piktogrammen und Hilfetexten in leichter Sprache.
- Erstellen der Abbildungen anhand der Piktogramme.
- Konstruktionen zum Einbezug der Teilnehmenden durch deren subjektive Erfahrungen.
- Formulieren der abzulesenden Texte in leichter Sprache.
- Abstrahieren der Informationen auf konkrete Inhalte zur Kürzung und zur besseren Verständlichkeit.

4) Verabschiedung

Nochmals besteht ein Raum für Fragen auf Seiten der Teilnehmenden. Der Gruppenleiter verabschiedet dann die Teilnehmenden und verweist auf den Termin der nächsten Sitzung.

4.4.4. Modul 4

Materialien:

- *Abbildungen 1-5 des Angstkreises* ausdrucken (wenn möglich in größerem Format als im Anhang präsentiert), ausschneiden und laminieren
- Pinnwand, Pinnnägel

Ziele:

In diesem Modul wiederholen die Teilnehmer die „vier Seiten der Angst“ und lernen den *Angstkreis* in seiner Natur kennen, wodurch ein besseres Verständnis des Angstphänomens entwickelt und somit die eigene Möglichkeit der Unterbrechung dieses Teufelskreises gesteigert wird.

Durchführung:**1) Begrüßung und Orientierung im Programm**

Der Gruppenleiter begrüßt die Teilnehmenden zur heutigen Sitzung. Die „Wandergruppe“ am setzt auf die heutige Sitzung am *Wanderberg*. Die Teilnehmenden werden gefragt, ob sie sich noch an Inhalte der letzten Sitzung erinnern können, bzw. ob sie Fragen dazu haben. Der Gruppenleiter geht kurz auf die letzte Sitzung ein und bespricht stichpunktartig (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), was in der letzten Sitzung gelernt wurde. Hierzu können die *Abbildungen 1-4* als visuelle Hilfestellung benutzt werden.

Kann ein Teilnehmender etwas zu einem Bild erzählen, darf er dieses an den vom Gruppenleiter gezeigten Platz pinnen (vgl. *Schaubild 1*), falls ihm dies möglich ist. Optional kann es auch ein anderer Teilnehmer oder der Gruppenleiter übernehmen. Anschließend sollen die Teilnehmer ein Beispiel für eine Körperempfindung bei Angst nennen, dann einen Angst-Gedanken, ein Angst-Gefühl und ein Verhalten bei Angst, so wird der Angstkreis einmal komplett dargestellt und die vier Seiten der Angst wiederholt.

2) Der Teufelskreis der Angst

Der Gruppenleiter pinnt nun die *Abbildung 5* in die Mitte der schon an der Pinnwand hängenden vier Seiten der Angst.

Er geht darauf ein (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), dass der Angstkreis ein sich immer fortsetzender Prozess ist, bei dem die Angst immer schlimmer wird. Dafür werden die Seiten des Angstkreises nochmals erläutert, indem er nochmals Beispiele abliefern. Hierfür kann er die Teilnehmer fragen, vor welcher Situation sie denn häufig Angst haben und eine dieser Situationen könnte als Ausgangssituation hergenommen werden.

Schaubild 1 Der Teufelskreis der Angst

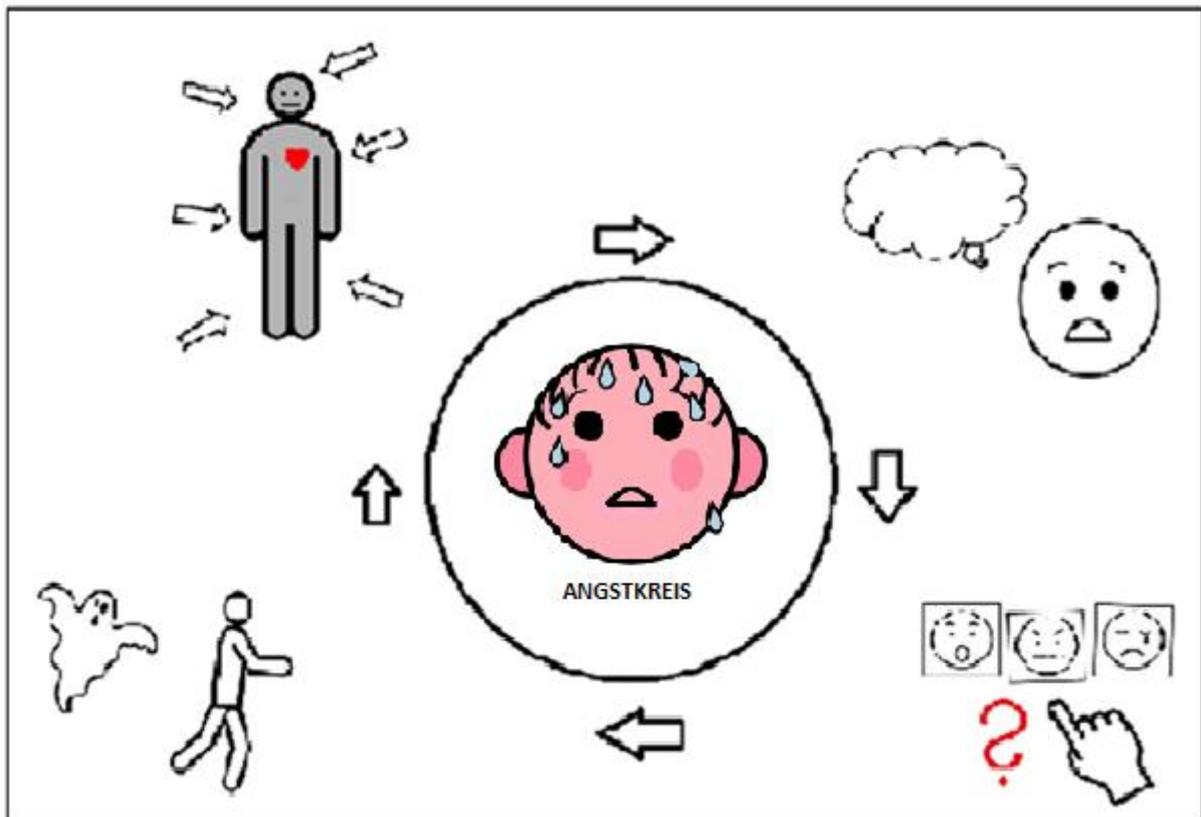


Abbildung 1 (Körper):

- „Stellen wir uns einmal vor, wir sind ... (Ausgangssituation beschreiben)
- Und plötzlich schlägt dann das Herz schneller...“

Abbildung 2 (Gedanken):

- „Wir wissen nicht, warum das Herz schneller schlägt.
- Wir bekommen Angst davor, gleich in Ohnmacht zu fallen.
- Erst schlägt also unser Herz schneller.
- Dann denken wir „das könnte ja eine Warnung sein, ich bin bestimmt in Gefahr“!
- Oder wird man jetzt krank?
- Was ist denn nur mit dem Herzen los?
- Warum schlägt es so schnell?
- Die Angst wird schlimmer.“

Abbildung 3 (Gefühle)

- „Wir fühlen uns unsicher und hilflos.
- Die Angst wird schlimmer.
- Auch das Herzrasen wird schlimmer.“

Abbildung 4 (Verhalten)

- „Wir wissen nicht, wie wir uns verhalten sollen.
- Sollen wir weggehen?
- Sollen wir uns verstecken?“

Abbildung 1 (Körper):

- „Die Angst wird immer schlimmer.
- Das Herz ist nun ganz schnell und wir schwitzen.
- Außerdem wird uns noch schwindelig und heiß.“

Folgendes kann abgelesen oder in eigenen Worten (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) wiedergegeben werden:

„Der Angstkreis geht immer weiter. Der Körper macht was er will, die Gedanken machen was sie wollen, die Gefühle machen was sie wollen, wir verhalten uns komisch. Alles wird immer schlimmer. Man hat die Kontrolle verloren. Der Angstkreis macht alles schlimmer. Die Gefahr fühlt sich immer größer an. Die Angst wird immer schlimmer. Wenn die Angst dann richtig groß ist, will man einfach flüchten.“

Je nach Zeit kann dieses Schema mehrere Male mit unterschiedlichen Beispielen aus Reihen der Teilnehmenden durchgegangen werden. Es bietet sich sehr an, die Teilnehmenden und ganz speziell denjenigen, welcher ein Beispiel einer Angstsituation genannt hat, mit in die Beschreibungen der vier Seiten des Kreises und die Beschreibung des Teufelskreises der Angst einzubeziehen. Daher wird eine verstärkte Einsicht in den Prozess des Aufbaus der Angst, welches aufgrund subjektiver Fehlinterpretationen bzw. Gedankengänge etc. entsteht.

Quelle: Beschreibungen der Inhalte des Angstkreises (Alsleben et al., 2004)

Modifizierung:

- Abstrahieren einiger Informationen des Inhaltes des Angstkreises auf kleine konkrete Einheiten.
- Formulieren abzulesender Textstellen unter Verwendung der Regeln leichter Sprache.

Quelle: Bild des Angstkreises (Stieler-Melfsen, Walitza & Schlieker, 2012)

Modifizierung:

- Anpassung des Bildes auf das Programm durch Nutzung der Piktogramme.
- Interaktives Vorgehen beim Explorieren des Angstkreises.

3) Verabschiedung

Nochmals besteht ein Raum für Fragen auf Seiten der Teilnehmenden. Der Gruppenleiter verabschiedet dann die Teilnehmenden und verweist auf den Termin der nächsten Sitzung.

4.4.5. Modul 5

Materialien:

- *Abbildungen 1-4 (Vermeidung und Flucht)* ausdrucken, ausschneiden und laminieren
- *Abbildungen 1-4 des Angstkreises* von Modul 4, welche schon ausgeschnitten und laminiert wurden, bereit legen
- Pinnwand, Pinnnägel

Ziele:

Im folgenden Modul sollen die Themen „Vermeidung“ und „Angst vor der Angst“ kennen gelernt werden. Beides wird dabei im Sinne einer Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen und als Verstärker der Angst als kontraproduktiv vermittelt. Daraufhin werden mut- und angstmachende Gedanken besprochen, um sich eine Konfrontation in angstbesetzten Situationen zuzutrauen und gleichzeitig einer Vermeidung oder Flucht entgegenzuwirken.

Durchführung:

1) Begrüßung und Orientierung im Programm

Der Gruppenleiter begrüßt die Teilnehmenden zur heutigen Sitzung. Die „Wandergruppe“ setzt er auf die heutige Sitzung am *Wanderberg*. Die Teilnehmenden werden gefragt, ob sie sich noch an Inhalte der letzten Sitzung erinnern können, bzw. ob sie Fragen dazu haben. Der Gruppenleiter geht kurz auf die letzte Sitzung ein und bespricht stichpunktartig (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), was in der letzten Sitzung gelernt wurde.

Hierfür pinnt der Gruppenleiter die *Abbildung 1* für alle sichtlich in die Mitte der Pinnwand. Er fragt die Teilnehmenden, ob sie sich noch an die vier Seiten der Angst (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) erinnern können. Er führt sie durch unterstützende Fragen auf die Antworten hin und wiederholt zusätzlich den Prozess des Angstkreises. Gleichzeitig pinnt er die jeweiligen Abbildungen der *vier Seiten der Angst (Abbildungen 1-4, Modul 4)* an die Pinnwand. *Schaubild 2* zeigt das zu entstehende Endbild.

2) Vermeidung/Flucht und angst- und mutmachende Gedanken

Der Gruppenleiter pinnt den Eisbecher (*Abbildung 2*) in die Mitte des Kreislaufs der Angst.

Die Teilnehmer sollen sich vorstellen (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), dass sie in die Eisdielen gehen wollen, um mit einer Freundin oder einem Freund ein Eis essen zu gehen. Doch plötzlich überkommt sie ein ungutes Gefühl.

Der Angstkreis wird in Aktion gesetzt, wozu der Gruppenleiter folgenden Text vorlesen oder in eigenen Worten (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) wiedergeben soll. Der Gruppenleiter zeigt beim Schaubild auf die jeweils angesprochene Seite der Angst.

- „*Sie fühlen Veränderungen am Körper (Herzschlag wird schneller, man fängt an zu schwitzen etc.).*
- *Sie bekommen Angst-Gedanken (Was denken die anderen in der Esdielen von mir? Sehe ich nicht total blöd aus? Was ist, wenn ich das Eis fallen lasse?)“ (Der Durchführende fragt die Teilnehmenden, wovor Sie noch Angst haben könnten)*
- „*Sie bekommen Angst-Gefühle (Hilflosigkeit, Alleinsein etc.).*
- *Die Angst wird immer schlimmer, bis Sie sich nicht mehr kontrollieren können*

- „*Sie wollen aus der Situation flüchten und stürmen nach Hause*“, [was durch das Pinnen der flüchtenden Person (*Abbildung 3*) rechts neben das bisherige Bild untermalt wird]

- „*Die Angst wird dort immer weniger, bis Sie gar keine Angst mehr haben.*
- *Sie sind also vor der Angst geflüchtet.*
- *Die Angst wurde weniger.*
- *Doch nun hatten Sie auch keinen schönen Nachmittag: Sie konnten kein Eis mit Ihrer Freundin oder Ihrem Freund in der Diele essen*“ [was durch das Pinnen der Stoppschildes (*Abbildung 4*) auf den Eisbecher untermalt werden soll].

- „*Von nun an trauen Sie sich nicht mehr in die Angstdiele.*
- *Sie haben Angst, dass das noch mal passieren könnte.*
- *Das nennt man dann Vermeidung.*
- *Vermeidung ist, wenn man etwas nicht macht, was man eigentlich machen will.*
- *Man vermeidet also etwas, damit man keine Angst hat.“*

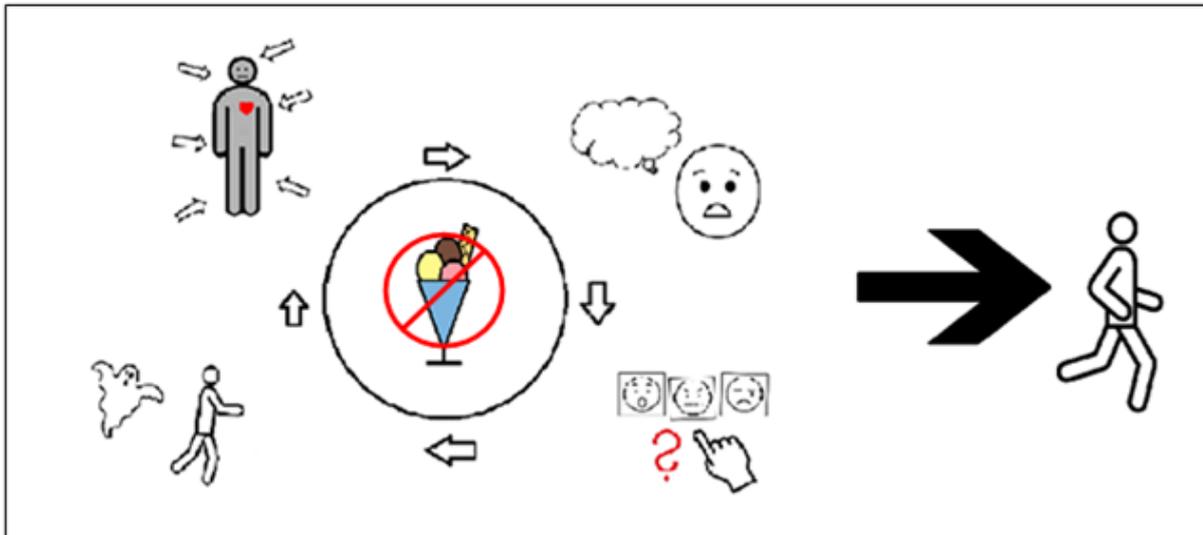
Als nächstes soll besprochen werden, wie der Angstkreis durchbrochen werden kann. Die Teilnehmer sollen sich überlegen, wie sie sich hätten motivieren können, doch in der Eisdiele zu bleiben. Was könnten sie sich sagen, damit sie sich besser fühlen und wieder in die Eisdiele gehen? Kommt nicht viel Rückmeldung, können einige der folgenden Beispiele als Anregung dienen:

- Ach, das Eis könnte jedem runter fallen.
- Ich sehe ganz normal aus, warum sollten mit andere beachten?
- Jeder hat mal Angst. Das ist normal.
- Versuch es einfach.
- Jeder macht Fehler.
- Du bist stärker als deine Angst.
- ...

Die Teilnehmer werden gefragt (auf Verwendung leichter Sprache achten!), ob jemand eine Situation nennen möchte, die er vermeidet. Es wird darauf eingegangen, warum die jeweilige Person diese Situation meidet, welche angstmachenden Gedanken ihr dabei durch den Kopf gehen. Die Gruppe soll dann besprechen, welche mutmachenden Gedanken in dieser Situation helfen könnten. Mehrere

Beispiele können gegeben werden, jedoch muss der Gruppenleiter die Zeit im Hinterkopf haben und das Gespräch dahingehend lenken, dass er mit dem Inhalt dieser Sitzung durchkommt.

Schaubild 2 Vermeidung/Flucht



Anschließend soll besprochen werden, warum Vermeidung oder Flucht nicht als primäre Handlungsoptionen genutzt werden sollten. Dazu kann folgender Text vorgelesen und mit den Teilnehmern besprochen werden:

„Vor der Angst wegzurennen ist nicht gut. Das Flüchten macht die Angst nur schlimmer. Denn das nächste Mal traut man sich noch weniger. Man kann dann so viel Angst haben, dass man etwas Bestimmtes nicht mehr mitmacht. Das nennt man dann Vermeidung. Damit bekämpft man die Angst aber nicht. Man hat zwar dann in dem Moment keine Angst, ist aber auch nicht glücklich. Weil man bestimmte Dinge nicht mehr machen kann. Man kann sich vielleicht nicht mehr mit Freunden in der Eisdiele treffen, weil man Angst vor den fremden Leuten dort hat. Auch wenn man Angst hat, soll man es trotzdem machen. So findet man heraus, ob

- a) die Ängste kommen (z.B. blamieren) und*
- b) man die Angst aushalten kann.*

Wenn man die Angst aushalten kann, macht man sie kleiner. Wenn man da bleibt und nicht weggeht, merkt man, dass es nicht so schlimm ist.“

Quelle: Inhalt und Schaubild zu Vermeidung (Stieler-Melfsen et al., 2012)

Modifizierung:

- Abstrahieren des Inhalts zu den Themen auf einen insgesamt kleineren, konkreteren Inhalt
- Anpassung des Inhalts an Regeln der Leichten Sprache
- Anpassung des Schaubilds durch Piktogramme
- Formulieren der Eisdielen-Geschichte in leichter Sprache
- Einbezug eines lösungsorientierten Ansatzes durch den Aspekt der *angst- und mutmachenden Gedanken*

3) Verabschiedung

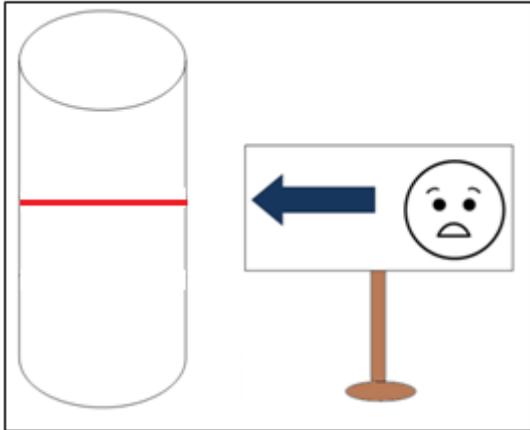
Nochmals besteht ein Raum für Fragen auf Seiten der Teilnehmenden. Der Gruppenleiter verabschiedet dann die Teilnehmenden und verweist auf den Termin der nächsten Sitzung.

4.4.6. Modul 6

Materialien :

- Abbildungen *Körperanzeichen der Angst* des Moduls 3 (*Abbildungen 8-10*) bereitlegen
- einen zylinderförmigen, wasserdichten Behälter (ratsame Maße: Höhe ca. 1m, Durchmesser ca. 10cm)
- Abbildung *Angstgrenze* (*Abbildung 1*) drucken und an einem Ständer in Höhe zu $\frac{3}{4}$ des Behälters befestigen
- auf Höhe des Pfeils der neben dem Behälter aufgestellten *Angstgrenze* einen roten Grenzstrich (z.B. mit dickem Edding) ziehen (siehe *Schaubild 3*)
- eine Gießkanne oder Kanne mit genügend Wasser, um den Behälter zu $\frac{3}{4}$ füllen zu können (ratsame Menge: 5l)
- das Wasser in der Kanne mit Lebensmittelfarbe in einer auffälligen Farbe (z.B. blau) einfärben
- eine Styroporkugel in einer auffälligen Farbe (z.B. rot), wessen Durchmesser den Durchmesser des Behälter nicht überschreiten darf

(Zu beachten sei, dass die Größenvorgaben nicht streng gesehen werden müssen. Es muss nur das Verhältnis ca. gleich sein. Auch ist die Art des Materials als nicht endgültig anzusehen.)

Schaubild 3 Ausgangssituation der Stress-/Angstveranschaulichung**Ziele:**

Die Teilnehmer sollen den Zusammenhang zwischen Stress und Angst kennen lernen. Hierzu wird erst einmal vermittelt, inwiefern alltäglicher Stress zur Erhöhung unseres Erregungspotenzials beiträgt und schon „kleinere“ Angst- oder Belastungssituationen bei einem erhöhten Stresslevel zu erheblichen Angstsymptomen führen können. Gleichzeitig wird erarbeitet, wie das Stressniveau im Alltag reduziert bzw. klein gehalten werden kann. Die Teilnehmer sollen für die Wichtigkeit des Zeitmanagements, der Entspannung und Konfliktbewältigung sensibilisiert werden und sich einige Skills aneignen.

Durchführung:**1) Begrüßung und Orientierung im Programm**

Der Gruppenleiter begrüßt die Teilnehmenden zur heutigen Sitzung. Die „Wandergruppe“ setzt er auf die heutige Sitzung am *Wanderberg*. Die Teilnehmenden werden gefragt, ob sie sich noch an Inhalte der letzten Sitzung erinnern können, bzw. ob sie Fragen dazu haben. Der Gruppenleiter geht kurz auf die letzte Sitzung ein und bespricht stichpunktartig (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), was in der letzten Sitzung gelernt wurde: Vermeidung und Flucht üben sich kontraproduktiv aus, da die Angst dadurch schlimmer wird (*Angst vor der Angst*), man an angenehmen Situationen nicht mehr teilhaben kann und die Angst so nicht weggehen wird; daher ist es als wichtig anzusehen, die Situation auszuhalten bzw. sich in die Situation trauen, indem man sich beispielsweise mutmachende Gedanken zuspricht.

2) Was ist Stress und wann haben wir Stress

Der Gruppenleiter beginnt die Gesprächsrunde indem er erklärt (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), dass heute über das Thema Stress gesprochen wird. In einer Gesprächsrunde soll darüber gesprochen werden, was die Teilnehmer unter Stress verstehen, was also Stress eigentlich ist, wodurch der Begriff sich für alle klären soll. Außerdem wird diskutiert, wie sich Stress für die Teilnehmenden anfühlt: „*woran merken Sie also, dass sie unter Stress stehen?*“ Hierfür können die Abbildungen *Körperanzeichen der Angst (Abbildungen 8-10 aus Modul 3)* verwendet werden, da sich Stress körperlich ebenso äußert wie Angst. Anschließend besprechen die Teilnehmenden, wo oder wann sie Stress im Alltag verspüren. Hierbei soll der Gruppenleiter darauf achten, dass unter anderem Elemente wie belastende Lebensereignisse, Arbeitsüberlastung, Beziehungskonflikte, schlechte Lebensumstände und Unsicherheit angesprochen werden und ggf. zielführende Fragen stellen. Um die Sitzung zeitlich optimal zu gestalten eignet es sich hier, dass Reih um jeder etwas zu folgenden Themen sagt:

- a) wie sich Stress anfühlt und
- b) wann man Stress hat.

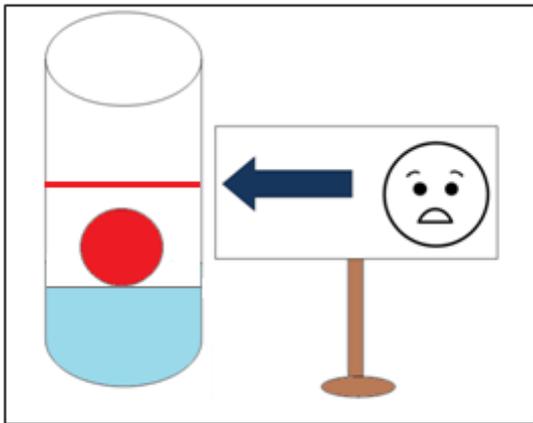
3) Zusammenhang von Stress und Angst

Der Wasserbehälter steht nun auf einem Tisch, so dass alle Teilnehmenden ihn gut sehen können. Die *Angstgrenze* ist aufgebaut (vgl. *Schaubild 3*). Anhand zweier Kurzgeschichten (*Geschichten1-2*) soll der Zusammenhang von Stress und Angst erläutert werden. Der Gruppenleiter muss also vermitteln, dass die Flüssigkeit, welche anschließend nach und nach in den Behälter gefüllt wird, Antons Stresslevel darstellen soll. Die im Behälter enthaltene Flüssigkeit ist also Stress, und je höher diese Flüssigkeit steigt, desto mehr Stress hat Anton und desto höher ist sein Stresslevel. Übersteigt der Stress die Angstgrenze, äußert sich dies in Angstzuständen oder gar Panik bei Anton.

Nun trägt der Gruppenleiter also *Antons Tag 1 (Geschichte 1)* vor. Ein Teilnehmer, welcher motorisch in der Lage ist, das Wasser aus der Kanne in den Behälter zu gießen, kann um Mithilfe gebeten werden. Jedes Mal, wenn Anton Stress verspürt, soll ein klein wenig Flüssigkeit in den Behälter gegossen werden. Der Leiter muss darauf achten, dass die Flüssigkeit nicht so hoch im Behälter ansteigt, dass die Angstgrenze, läge man die Styroporkugel zusätzlich hinein, überschritten wird. Im Vornherein gießt also der Leiter ein klein wenig hinein, um dem Teilnehmenden die korrekte Gießmenge zu demonstrieren. Der Leiter soll dem Teilnehmenden Zeichen geben, z.B. durch Nicken, falls dieser das Eingießen von Flüssigkeit versäumt.

Anschließend diese Geschichte soll für die Teilnehmer sichtbar werden, dass die Angstgrenze noch nicht überschritten wurde (*Schaubild 4*). Die Teilnehmer werden aufgefordert zu besprechen, wann Anton denn seinen Stresshöchstpunkt gehabt haben könnte (beim Einkauf) und ob er in dieser Situation wohl eine Angstreaktion entwickelt haben könnte (ja). Es wird darauf eingegangen, dass er aber keine Angstreaktion bekommen hat.

Schaubild 4 Stress-/Angstveranschaulichung nach „Antons Tag 1“



Daraufhin wird die Flüssigkeit wieder zurück in die Kanne geschüttet und das Szenario anhand *Antons Tag 2 (Geschichte 2)* nochmals durchgegangen. Auch hierfür kann wieder ein Teilnehmer die Rolle des „Gießers“ übernehmen. Auch diese Geschichte soll im Anschluss evaluiert werden. *Schaubild 5* dient als Orientierung der zu entstehenden Situation.

Folgende Elemente können als Orientierung im anschließenden Gespräch dienen:

- „Die Kugel liegt nun über der Grenze, was meinen Sie, was das heißt?
- Wie wird Anton nun wohl reagieren?
- Warum war Anton heute so gestresst?
- Wäre es so schlimm, sein Ticket zu vergessen? Was kann dann passieren?
- Ist es normal einmal zu vergessen, sein Ticket zu kaufen?
- Muss Anton mit panischer Angst reagieren?
- Was hat der ganze Stress mit der Angst zu tun?“

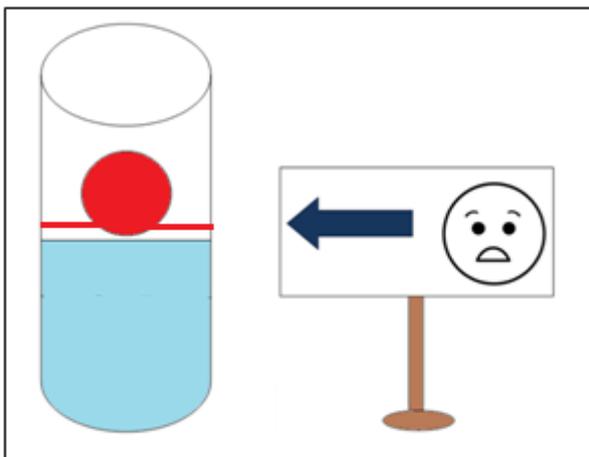
Es soll also evaluiert werden (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), dass Antons Reaktion mit panischer Angst unberechtigt ist. Auch wenn er vergessen hat, sein Ticket zu kaufen, kann ihm nicht viel passieren. Im schlimmsten Fall zahlt er eine Strafe. Auch das passiert vielen Menschen und ist eigentlich nicht so schlimm. Hauptsächlich ist darauf einzugehen, dass Anton den ganzen Tag eh schon unter Stress stand.

Dass er sein Ticket vergessen hat ist nur der „Tropfen auf dem heißen Stein“. Wäre Anton nicht so gestresst gewesen, hätte er womöglich

- a) nicht vergessen, sein Ticket zu kaufen oder
- b) nicht mit so heftiger Angst reagiert.

Primär soll das Verständnis vermittelt werden, dass sich anhäufender Stress uns empfindlicher macht für Belastungen aus der Umwelt. Empfindlicher in dem Sinne, mit intensiveren Emotionen bzw. erhöhtem Belastungsdruck zu reagieren.

Schaubild 5 Stress-/Angstveranschaulichung nach „Antons Tag 2“



4) Stress im Alltag reduzieren

Ist noch Zeit übrig, kann darüber gesprochen werden, was Anton wohl tun könnte, um seinen Stress zu reduzieren. Dadurch soll darauf eingegangen werden, was die Teilnehmer gegen Stress im Alltag tatsächlich unternehmen oder unternehmen könnten. Als Hilfestellung können Fragen, wie „*was machen Sie, um im Alltag zu entspannen/abzuschalten/Ruhe zu finden/etc.*“ gestellt werden. Hierbei können Aspekte wie Sport, Freizeitaktivitäten, Entspannung, Musik, TV, Freunde treffen, Kochen etc. kurz thematisiert werden. Reicht die Zeit dafür jedoch nicht aus, ist es kein Drama, da sich die Teilnehmer in der nächsten Sitzung intensiv mit Stressprävention und –bewältigung auseinandersetzen werden.

Quelle: Vulnerabilitäts-Stress-Modell; Ursachen von Stress; Definition von Stress; Stressreduktion (Rabovsky et al., 2009)

Modifizierung:

- Abstrahieren des Vulnerabilitäts-Stress-Modells in ein Stress-Modell (der Part der Vulnerabilität wird nachfolgend gesondert behandelt), um die Komplexität des Modells zu verringern.
- Die Inhalte des Modells und der Ursachen von Stress sollen durch die Geschichten (*Antons Tag 1+2*) mit gleichzeitiger Visualisierung durch die Idee mit den Wasserbehältern vereinfacht und prägnanter vorgestellt werden.
- Erstellen der Geschichten von Anton.
- Planung der Gesprächsrunden bzw. Vorformulierung der Beispielfragen in leichter Sprache.
- Formulieren der abzulesenden Texte in leichter Sprache.

5) Verabschiedung

Nochmals besteht ein Raum für Fragen auf Seiten der Teilnehmenden. Der Gruppenleiter verabschiedet dann die Teilnehmenden und verweist auf den Termin der nächsten Sitzung.

4.4.7. Modul 7

Materialien:

- einige Luftballons
- folgende Materialien, welche in der Mitte auf einem Stuhl oder kleinen Tischchen platziert werden:
 - o ein Igelball
 - o eine Musik CD
 - o eine DVD oder Videokassette
 - o ein Flasche Schaumbad
 - o Buntstifte oder Wassermalfarben
 - o eine Sportutensilie (z.B. Tischtennisschläger)
 - o die ausgedruckten, laminierten *Abbildungen 1-5 (Stressreduktion im Alltag)*

Ziele:

Es wird vermittelt, wie Stress abgebaut werden kann. Hierbei geht es primär um das Verständnis, dass diese Techniken auch in den Alltag integriert werden können und durchaus auch mit körperlicher Aktivität verbunden sein können. Anschließend wird vertieft auf die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen eingegangen. Durch die beiden Themenblöcke sollen die Teilnehmer lernen, Einfluss auf ihr Erregungsniveau auszuüben und somit effektiv gegen Angstzustände oder Panikattacken vorzubeugen, bzw. diese im akuten Zustand verringern zu können.

Durchführung:+**1) Begrüßung und Orientierung im Programm**

Der Gruppenleiter begrüßt die Teilnehmenden zur heutigen Sitzung. Die „Wandergruppe“ setzt er auf die heutige Sitzung am *Wanderberg*. Die Teilnehmenden werden gefragt, ob sie sich noch an Inhalte der letzten Sitzung erinnern können, bzw. ob sie Fragen dazu haben. Der Gruppenleiter geht kurz auf die letzte Sitzung ein und bespricht stichpunktartig (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), was in der letzten Sitzung gelernt wurde: das Stresslevel steht in direkter Verbindung mit dem Entstehen von Angst (-attacken), da die *Angstgrenze* schneller überschritten wird. Durch Entspannung, Ablenkung oder ein Auszeit kann man das Stresslevel senken.

2) Stress im Alltag reduzieren

Der Gruppenleiter erklärt zu Beginn der heutigen Session die Funktion der Luftballons (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), welche als Stressbarometer, also quasi als Veranschaulichung der Stressanspannung, dienen sollen. Jeder Teilnehmer, der einen möchte, bekommt auch einen.

Folgender Text kann abgelesen oder in eigenen Worten (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!)wiedergegeben werden. Das in den Klammern Geschriebene kennzeichnet Instruktionen und wird nicht vorgelesen:

„Wir haben hier also diesen Luftballon. Und der Luftballon steht für unseren Stress. Ich puste ihn jetzt mal ein bisschen auf und ihr könnt das auch versuchen. So. Der Luftballon ist jetzt mit etwas Luft gefüllt. Wir können auch sagen: der Luftballon ist jetzt mit etwas Stress gefüllt. Meint ihr, er wird bald platzen (Antwort sollte nein sein)? Also haben wir zwar etwas Stress, aber es ist noch nicht zu viel. Pusten wir noch etwas Luft hinein. Jetzt haben wir also mehr Stress. Und das ist nicht angenehm. Wir bekommen schon leichten Kopfschmerz und unsere Muskeln sind angespannt. Wir wollen etwas Stress verlieren. Das Thema heute ist ja Entspannung. Wie können wir also Stress raus lassen? Gehen

Sie jetzt bitte nacheinander in die Mitte. Dort kann jeder von Ihnen einen Gegenstand holen. Dann erklären Sie, was man damit machen kann. Jeder der Gegenstände kann uns helfen, Stress abzubauen.“

Nacheinander holen nun die Teilnehmer je einen Gegenstand oder eine der *Abbildungen 1-5* aus der Mitte und erklären diesen (bei Bedarf wird ihnen ein Gegenstand gebracht). Die Teilnehmer sollen versuchen zu sagen, was der Gegenstand darstellen soll, bzw. wie man ihn anwenden kann. Die Gegenstände werden dann reihum durchgegeben werden, um sie auszuprobieren bzw. genauer ansehen zu können (bei Bedarf Hilfestellung leisten).

Anschließend an die einzelnen Wortbeiträge soll der Gruppenleiter den Luftballon immer wieder aufpusten, und den Luftdruck nach jedem Wortbeitrag demonstrativ wieder verringern. Jeder Teilnehmer, der auch einen Luftballon hat, kann dasselbe tun, wenn er möchte.

Es ist wichtig, dass der Gruppenleiter gleichzeitig vermittelt (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), dass man Stress bei allen möglichen Aktivitäten abbauen kann, die einem Freude bereiten und bei der man „abschalten“ kann.

Quelle: Inhalte der Stressreduktion / Darstellung des Stresses durch Luftballon (Elstner, Samuel Heinz Arthur, Schade & Diefenbacher, 2012)

Modifizierung:

- Aspekte der Stressreduktion durch Gegenstände und ausgewählte Piktogramme visualisieren.
- Nutzung der Idee mit dem Luftballon als Stressbarometer, jedoch in neuem spielerischem Rahmen der Gesprächsrunde, welche geplant wurde.
- Vorformulierung einiger Textstellen in leichter Sprache.

3) Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen

Folgender Text kann abgelesen oder in eigenen Worten (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) wiedergegeben werden:

„Nun wollen wir über Entspannung sprechen. Entspannung kann uns helfen. Wenn wir einen anstrengenden Tag hinter uns haben, sind wir meist sehr gestresst. kann uns helfen, den Stress abzubauen. Wir haben ja schon über Stress gesprochen. Wir haben gelernt, dass wir bei viel Stress auch schneller Angst haben können. Also ist es wichtig, dass wir den Stress abbauen.“

Als nächstes wird die PMR besprochen. Wird die PMR auch in Ihrer Einrichtung angewandt, wird der folgende Text natürlich anders begonnen:

„Viele von Ihnen kennen eine ganz bestimmte Art von Entspannung. Es geht darum, den Körper zu entspannen. Man kann dabei liegen oder sitzen. Man muss dann bestimmte Muskeln anspannen, und sie nach wenigen Sekunden wieder entspannen (Gruppenleiter demonstriert dies an einer beliebigen Muskelgruppe). Wissen Sie wie diese Art der Entspannung heißt? (Kommt keine Antwort gibt sie der Gruppenleiter).

Die Progressive Muskelrelaxation kann dem Körper helfen, sich zu entspannen. Das kurze Wort für Progressive Muskelrelaxation ist PMR. Durch die PMR sinkt unser Stresslevel. Haben wir also einen langen und anstrengenden Tag (Gruppenleiter deutet auf einen gut aufgeblasenen Luftballon), ist es gut, die PMR zu machen (Gruppenleiter lässt demonstrativ die Luft aus dem Luftballon).

Entspannungsübungen wie die PMR können uns helfen. Die PMR kann uns helfen, dass wir weniger Angst haben werden. Denn wenn wir weniger Stress haben, werden wir nicht so schnell Angst haben. Wir wollen die PMR nun ausprobieren:“

Die Anspannung der einzelnen Muskelgruppen soll jeweils ca. 3 Atemzüge lang dauern. Hierfür wird im Folgenden das Wort „ATZP“ für „Atemzüge Pause“ verwendet.

1. *„Setzen Sie sich aufrecht hin. Achten Sie auf einen geraden Rücken. Strecken Sie Ihren Nacken ein wenig.*
2. *Ihre Füße sind auf dem Boden. Sie fühlen, wie Ihre Füße fest auf dem Boden stehen.*
3. *Schließen Sie die Augen.*
4. *Achten Sie auf eine ruhige Atmung. Atmen Sie tief ein. Nehmen Sie ganz große Atemzüge. Atmen Sie so tief ein, dass Sie den Atem im Bauch spüren (Gruppenleiter atmet demonstrativ laut und langsam ein).*
5. *Stellen Sie sich vor, wie die Sonne auf Sie scheint. Sie wärmt zuerst Ihre Zehen (5 ATZP). Dann wärmt sie die Beine (5 ATZP), dann den Bauch (5 ATZP) und schließlich scheint sie in Ihr Gesicht (5 ATZP).*
6. *Die Sonne wärmt nun Ihren Kopf. Heben Sie Ihre Augenbrauen. Dadurch spannt sich Ihre Kopfhaut an. Ziehen Sie die Augenbrauen weiter fest nach oben. Bis ich „stopp“ sage. (3 ATZP) Stopp!*
7. *Die Sonne scheint weiter auf Ihren Kopf. Fühlen Sie die Wärme der Sonne auf Ihrem Kopf.*

8. *Wir wiederholen die Übung. Heben Sie wieder Ihre Augenbrauen an. Ziehen Sie sie fest nach oben. Können Sie die Wärme auf Ihrem Kopf spüren? Atmen Sie weiter ruhig und tief ein. (3 ATZP) Und Stopp! Lassen Sie Ihre Augenbrauen wieder locker.“*

Die Übung wird nun weitergeführt. Folgende Phrasen werden vorgestellt, damit der Gruppenleiter weiß, wie die bestimmten Muskelgruppen anzuspannen sind. Es soll auf je eine Wiederholung der Anspannung der Muskeln geachtet werden. Die Sonne soll immer mit einbezogen und auf Ihre Wärme oder auch Energie an den gerade bearbeitenden Muskelgruppen erwähnt werden. Mit der Zeit im Hinterkopf muss der Gruppenleiter möglicherweise etwas auslassen. Wenn dies passiert, soll versucht werden, je eine Übung an den unterschiedlichen Extremitäten durchzuführen.

9. *Stirn: „Ziehen Sie Ihre Augenbrauen zusammen.“*
10. *Gesicht: „Schließen Sie die Augen ganz fest. Ziehen Sie die Nase und den Mund nach oben. Versuchen Sie ein Gesicht zu machen, als würden Sie auf eine saure Zitrone beißen.“*
11. *Nacken hinten: „Lassen Sie den Kopf vorsichtig nach vorne fallen. Ihr Kinn liegt nun auf Ihrer Brust. Stellen Sie sich vor, Sie müssten eine Nuss zwischen Kinn und Brust knacken.“*
12. *Nacken vorne: „Lassen Sie den Kopf nun nach hinten fallen. Der Kopf liegt nun auf Ihrem Rücken auf. Stellen Sie sich vor, Sie müssten eine Nuss zwischen Rücken und Kopf knacken.“*
13. *Nacken links: „Lassen Sie den Kopf nun auf die rechte Seite fallen. Der Kopf liegt nun auf Ihrer rechten Schulter. Sie müssen nun die Nuss zwischen Schulter und Kopf knacken.“*
14. *Nacken rechts: „Lassen Sie den Kopf nun auf die linke Seite fallen. Der Kopf liegt nun auf der linken Schulter. Sie müssen nun die Nuss zwischen Schulter und Kopf knacken.“*
15. *Schultern: „Ziehen Sie die Schultern ganz weit nach oben, in Richtung Himmel.“*
16. *Arme (rechts und links hintereinander durchführen): „Machen Sie eine Faust. Spannen Sie diese ganz fest an. Spannen Sie auch Ihren Unterarm und den Oberarm an. Dazu können Sie den Arm ausstrecken und hochheben.“*
17. *Bauch: „Ziehen Sie nun den Bauch ganz feste ein. Spannen Sie dadurch die Bauchmuskeln an. Stellen Sie sich vor, Sie müssten sich ganz dünn machen.“*
18. *Pobacken: „Ziehen Sie die Pobacken ganz fest zusammen. Stellen Sie sich vor, Sie müssten die Nuss zwischen den Pobacken zerdrücken.“*
19. *Füße und Rückseite Beine (rechts und links hintereinander durchführen): „Heben Sie Ihre Füße nach oben. Ziehen Sie gleichzeitig Ihre Zehen ganz feste in Richtung Ihrer Nase.“*

Zum Ausklang kann Folgendes vorgelesen werden:

20. *„Spüren Sie, wie Sie vollkommen entspannt sind. Sie sitzen einfach nur aufrecht da. Die Füße sind auf dem Boden. Sie atmen weiter ganz tief und ruhig. Die Sonne scheint weiter auf Ihren Körper. Ihr ganzer Körper ist nun warm. Sie sind voller Energie. Bleiben Sie noch einen Moment so sitzen. (Pause von ca. 2 Minuten einhalten) Öffnen Sie nun die Augen.“*

Die Teilnehmer sollen kurz über Ihre jeweilige Erfahrung berichten.

Quelle: Infos, sowie Durchführung PMR (Wehrenberg & Nohl, 2012)

Modifizierung:

- Das Verwenden des Ballons [Idee des Ballons zur Darstellung aus (Elstner, Samuel Heinz Arthur et al., 2012)] zur visuellen Unterstützung der Darstellung der Stressreduktion durch die PMR.
- Vorformulierungen der Infos in leichter Sprache.
- Übersetzung der Anleitung der PMR in leichte Sprache.

4) Verabschiedung

Nochmals besteht ein Raum für Fragen auf Seiten der Teilnehmenden. Der Gruppenleiter verabschiedet dann die Teilnehmenden und verweist auf den Termin der nächsten Sitzung.

4.4.8. Modul 8

Materialien:

- Wanderberg
- *Abbildungen 1-3 (Tipps und Regeln zur Medikamenteneinnahme)* drucken, ausschneiden und laminieren
- sechs 50g Gewichte
- zweischalige Waage zum Massenvergleich
- zwei Medikamentenverpackungen (am besten häufig bei Angstpatienten eingesetzte Medikamente, die den Teilnehmern bekannt sein könnten), in die je ein 50g Gewicht passt

Ziele:

Es sollen Informationen zum Beitrag spezifischer Gehirnfunktionen, spezifisch dem Neurotransmitterhaushalt, bei der Entstehung von Angst übermittelt werden. Daraufhin wird auf die Wirkweise von Medikamenten erklärt und daraus schließend auf die Wichtigkeit derer regelmäßiger Einnahme eingegangen. Hierdurch soll die Compliance hinsichtlich Medikamenteneinnahme gesteigert werden.

Durchführung:**1) Begrüßung und Orientierung im Programm**

Der Gruppenleiter begrüßt die Teilnehmenden zur heutigen Sitzung. Die „Wandergruppe“ setzt er auf die heutige Sitzung am *Wanderberg*. Die Teilnehmenden werden gefragt, ob sie sich noch an Inhalte der letzten Sitzung erinnern können, bzw. ob sie Fragen dazu haben. Der Gruppenleiter geht kurz auf die letzte Sitzung ein und bespricht stichpunktartig (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), was in der letzten Sitzung gelernt wurde: Da Stress in Verbindung mit der Angstenstehung stehen kann, ist es wichtig, den Stress zu reduzieren. Dies kann man anhand von Entspannungsübungen, Freizeitaktivitäten oder anderen Techniken tun, die einem Spaß machen oder die man gerne macht.

2) Gleichgewicht und Ungleichgewicht der Botenstoffe; Medikamente

Die Waage wird für alle Teilnehmer sichtbar im Raum aufgestellt, so dass diese einen Blick auf deren Längsseite haben. Auf beiden Seiten befinden sich zu Anfang je zwei 50g Gewichte. Folgender Text kann abgelesen oder in eigenen Worten (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) wiedergegeben werden:

„Manchmal entsteht die Angst in uns, weil etwas in unserem Körper nicht richtig funktioniert. In unserem Kopf kann etwas nicht richtig funktionieren. Wir alle haben Botenstoffe in unserem Kopf. Botenstoffe sind dazu da, um etwas zu überbringen. Botenstoffe überbringen zum Beispiel eine Nachricht. Wir werden jetzt ein Spiel spielen, dass viele von Ihnen bestimmt kennen. Es heißt Flüsterpost. Stellen Sie sich nun bitte alle vor, dass wir die Boten in unserem Kopf sind. Wir müssen also Nachrichten weitergeben. Diese Nachrichten in unserem Kopf können extrem wichtig sein und müssen ganz genau weitergegeben werden. Genauso ist es in unserem Spiel. Wir geben nun die Nachrichten so gut es

geht weiter. Ich fange jetzt einfach mal an. Ich sage Ihnen (zu Person links oder rechts) einen Satz. Sie werden denselben Satz dann der nächsten Person sagen. Und immer so weiter.“

Der Gruppenleiter sagt z.B. den Satz „Bewege den rechten Arm“ in ganz normaler Lautstärke zu der nächsten Person. Der Gruppenleiter überwacht das weitere Spiel. Die Teilnehmer werden angehalten, den Satz weiter an ihren jeweiligen Nachbarn zu sagen. Das Spiel kann selbstverständlich auch mit Wörtern anstelle von Sätzen gespielt werden, je nach Ressourcen der Teilnehmer. Die Wörter sollen dann aber aus Gegenständen im Raum bestehen, auf die gedeutet werden kann. Am Ende angekommen, soll die letzte Person den Satz laut ausführen, bzw. auf etwas deuten. Dieses Spiel wird nochmal wiederholt. Es können auch Teilnehmer anfangen, jedoch sollen sie einen Satz sagen, der entweder unmittelbar ausgeführt werden kann, bzw. einen Gegenstand im Raum, auf den gedeutet werden kann.

„Nun machen wir das Spiel ein bisschen schwieriger. Wir sind nun immer noch Boten. Aber jetzt sind wir geschwächt. Wir können die Sätze oder Wörter nun nur noch flüstern.“

Das Spiel folgt nun denselben Regeln wie zuvor, bis auf das nicht mehr in normaler Lautstärke gesprochen, sondern geflüstert wird. Die letzte Person, die etwas ausführen oder auf etwas deuten muss, wird nun Schwierigkeiten haben, dies zu tun. Die Informationen werden in der Regel nicht korrekt bis ans Ende weitergegeben.

„Sie sehen, dass es schwierig für Herrn/Frau (Name der letzten Person) ist, den Satz auszuführen oder auf den Gegenstand zu deuten. Das ist, weil wir Boten zu leise sind. Wir sind zu schwach. Aber meinen Sie, es wäre gut für Herrn/Frau (Name der letzten Person einfügen) gewesen, wenn wir ihm/ihr die Nachricht ins Ohr geschrien hätten? Nein, auch nicht. Die Nachricht muss immer in einer guten Lautstärke sein. Nur dann kommt die Nachricht gut an.

Genauso ist das mit den Boten in unserem Kopf. Wir haben ganz verschiedene Boten. Sind diese Boten aber geschwächt, können sie die Nachrichten nur leise weitergeben. Dann kommt sie oft nicht an. Ist die Nachricht zu laut, ist es auch nicht gut für die Person.

Die Boten müssen also immer in der richtigen Lautstärke sprechen. Sehen Sie diese Waage. Die Boten sind im Moment in einem Gleichgewicht.“

Als nächstes geht es darum zu erklären, was passiert, wenn kein Gleichgewicht herrscht.

„Ich nehme nun ein Gewicht weg (Gruppenleiter nimmt ein Gewicht und stellt es auf die andere Seite der Waagschale). Das heißt, dass kein Gleichgewicht vorhanden ist. Die Nachricht kommt nun falsch an. Die Botenstoffe müssen also wieder ins Gleichgewicht kommen.

Sonst funktionieren die Boten in unserem Kopf nicht richtig. Die Nachrichten werden dann falsch weitergegeben. Was passiert, wenn die Nachrichten in unserem Kopf falsch sind?“

Den Teilnehmern wird die Möglichkeit gegeben, eigene Vorstellungen mit einzubringen. Hierdurch erfährt der Gruppenleiter ein wichtiges Feedback, nämlich inwieweit die Teilnehmer ihm folgen konnten. Daraus können weitere Erklärungen abgeleitet werden.

„Es kann passieren, dass unser Kopf uns sagen will „du brauchst keine Angst haben!“ Wenn aber die Boten nicht richtig funktionieren, dann kann es sein, dass wir verstehen „du musst Angst haben“. Verstehen Sie was ich meine?“

Der Gruppenleiter versucht durch mehrere Beispiele und ggf. Wiederholungen, die Teilnehmer auf den bisher erläuterten Wissenstand zu holen.

„Wir wollen nun aber wieder richtige Nachrichten haben. Wir wollen, dass die Boten wieder funktionieren. Was wir dann tun können, ist zum Arzt zu gehen. Er kann sehen, wie viele und welche Boten in unserem Kopf fehlen. Dann kann es uns Medikamente geben.“

Der Gruppenleiter holt zwei Medikamentenschachteln hervor, in welchen je ein Gewicht von 50g ist. Er zeigt diese demonstrativ in die Gruppe.

„Die Medikamente geben uns neue Boten. Dadurch können die Boten wieder im Gleichgewicht sein. Das ist wichtig. So funktionieren die Nachrichten in unserem Kopf dann wieder richtig.

Wenn also mein Kopf zu mir sagt „du brauchst keine Angst haben“, können die Boten die Nachricht richtig weitergeben. Wie bei dem Spiel, das wir eben gespielt haben. Die Nachricht kommt dann richtig an. Wir verstehen, dass wir keine Angst haben brauchen.“

Der Gruppenleiter soll dieses Prinzip nun einige Male wiederholen (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!). Wahlweise kann er dies auch anhand einiger Situationen tun, je nachdem wie er die Auffassungsgabe der Gruppe im Moment einschätzt. Hier wäre es von Vorteil, wenn er einige Situationen

einbindet, vor welchen die Teilnehmer im realen Leben Angst haben könnten. Dazu kann er sie nach Situationen fragen.

3) Regeln und Tipps zur Medikamenteneinnahme

Der Gruppenleiter soll darauf achten, dass er Medikamente nicht als Lösung für alle Probleme darstellt. Er muss den Teilnehmern erklären, dass Medikamente nicht alle Symptome komplett lindern können. Medikamente sind nur ein Part einer multidimensional ansetzenden Therapie. Folgende Regeln sollen besprochen werden. Folgender Text kann hierzu abgelesen oder in eigenen Worten sinngemäß (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) wiedergegeben werden:

1. *„Die Medikamente sind vom Arzt. Er sagt, wann man sie nehmen soll. Er sagt auch, wie viele man nehmen soll. Ist man nicht zufrieden, redet man mit dem Arzt. Man darf die Medikamente nicht alleine ändern. Wir können nicht wissen, wie viele Boten im Kopf zu viel oder zu wenig sind. Der Arzt kann das wissen (Abbildung 1 demonstrativ zeigen).“*
2. *Die Medikamente muss man jeden Tag nehmen (Abbildung 2 zeigen).*
3. *Die Medikamente sollte man am besten immer zur gleichen Uhrzeit nehmen. Dafür kann man sich zum Beispiel einen Wecker stellen (Abbildung 3 zeigen).“*

Quelle: Informationen der Neurotransmitter auf die Entstehung von Angst / Infos zur Gleichgewichtsherstellung der Neurotransmitter bei Störung durch Medikamente / Regeln während einer medikamentösen Therapie (Rabovsky et al., 2009)

Modifizierung:

- Abstrahieren der Informationen auf konkrete Inhalte zur Kürzung und zur besseren Verständlichkeit.
- Spielerisches Übermitteln der physiologischen Funktionsweise der Neurotransmitter durch das Spiel „Flüsterpost“
- Darstellung eines Ungleichgewichts der Neurotransmitter sowie Wirkung der Medikamente durch die Waagschale
- Formulieren einiger abzulesender Texte in leichter Sprache.
- Verwendung von Piktogrammen zur visuellen Unterstützung.

4) Verabschiedung

Nochmals besteht ein Raum für Fragen auf Seiten der Teilnehmenden. Der Gruppenleiter verabschiedet dann die Teilnehmenden und verweist auf den Termin der nächsten Sitzung.

4.4.9. Modul 9

Materialien:

- Wanderberg
- Abbildungen *Emotionen und Eigenschaften* (Abbildungen 1-15) drucken, ausschneiden, laminieren und in die Mitte der Runde auf einen Stuhl oder kleinen Tisch platzieren
- ein großer Plastikteller (am besten ist dieser leicht tief) bzw. eine große Frisbee
- drei kleine Bälle (z.B. Tischtennisbälle), welche sich im Teller balancieren lassen

Ziele:

Ziele dieses Moduls sind die Erhöhung der sozialen Kompetenz und des Selbstbewusstseins. Durch diese verbesserten Fertigkeiten soll die Angst vor sozialen Interaktionen abgebaut werden. Gleichzeitig wird Mut aufgebaut. Die Teilnehmer sollen auf die Mimik und Gestik ihrer Gesprächspartner sensibilisiert werden.

Durchführung:

1) Begrüßung und Orientierung im Programm

Der Gruppenleiter begrüßt die Teilnehmenden zur heutigen Sitzung. Die „Wandergruppe“ setzt er auf die heutige Sitzung am *Wanderberg*. Die Teilnehmenden werden gefragt, ob sie sich noch an Inhalte der letzten Sitzung erinnern können, bzw. ob sie Fragen dazu haben. Der Gruppenleiter geht kurz auf die letzte Sitzung ein und bespricht stichpunktartig (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!), was in der letzten Sitzung gelernt wurde: Medikamente sind wichtig, um wieder ein Gleichgewicht der Botenstoffe in unserem Gehirn herzustellen. Herrscht nämlich ein Ungleichgewicht, kann es zu Angstsymptomen kommen.

2) Ziele des sozialen Kontakts

Die Teilnehmer sprechen über die Ziele des zwischenmenschlichen Kontakts. Um mit einem guten Gefühl aus einer Konversation oder einem Kontakt herauszugehen, sollten alle drei Ziele in einem Gespräch beachtet und eingehalten werden. Hierfür werden der große Plastikteller und die drei Bälle benötigt.

Die drei Aspekte werden benannt (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) und demonstrativ je einem der Bälle zugeschrieben:

1. Eigenes Ziel in dem Gespräch: was will ich selbst erreichen?
2. Pflege der Beziehung: wie verhalte ich mich so, dass der sich nach dem Gespräch gut fühlt?
3. Selbstachtung: wie verhalte ich mich so, dass ich mich nach dem Gespräch noch gut fühle?

Der Gruppenleiter gibt nun den Plastikteller mit den drei Bällen darauf weiter. Dieser soll nun die Runde machen. Während des Spiels werden die Bälle einige Male runterfallen und die Teilnehmer angehalten, sich gegenseitig beim Aufheben zu helfen. All jenes dient zugleich der Auflockerung für die Rollenspiele, die demnächst folgen. Der Gruppenleiter und wenn möglich der jeweilige Spieler soll außerdem während des Spiels die drei Ziele im sozialen Kontakt immer wieder wiederholen und auf darauf hindeuten, wie schwierig es sei, auf alle drei gleichzeitig zu achten. Hierzu zieht er die Parallele, dass es genauso schwierig sei, die drei Aspekte im Gespräch zu beachten, wie jetzt hier im Spiel auf alle drei Bälle zu achten.

Quelle: Ziele des sozialen Kontakts / Darstellen der Schwierigkeit des Einhaltens aller drei Aspekte während dem Gespräche durch das Weiterreichen der Bälle auf dem Plastikteller (Elstner, Samuel Heinz Arthur et al., 2012)

Modifizierung:

- Abstrahieren der Informationen auf konkrete Inhalte zur Kürzung und zur besseren Verständlichkeit.

3) Mimik und Gestik deuten

Folgendes kann abgelesen oder mit eigenen Worten (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!) wiedergegeben werden:

„Wir wollen nun etwas über Eigenschaften und Emotionen lernen. Wenn wir uns mit jemandem unterhalten, ist es wichtig, dass sich diese Person wohl fühlt. Manchmal sagt uns die Person aber nicht, wie sie sich fühlt. Man kann es aber oft am Körper und im Gesicht sehen. Wir werden nun üben zu sehen, wie sich eine Person fühlt. Dazu werden wir ein Spiel spielen. In dem Spiel geht es darum, zu erraten, wie sich eine Person fühlt.“

Der Gruppenleiter erklärt das Spiel (auf Verwendung *leichter Sprache* achten!): Nacheinander nimmt sich jeder eines der Arbeitsblätter (*Abbildungen 1-15*) aus der Mitte heraus. Die jeweilige Emotion oder Eigenschaft soll er versuchen, darzustellen. Wenn möglich, soll dabei nicht gesprochen werden. Die anderen Mitspieler achten vor allem auf Mimik und Gestik. Sie versuchen zu erraten, was gerade dargestellt wird. Von den im Anhang dargestellten Arbeitsblättern müssen nicht alle bearbeitet werden. Je nach Gruppendynamik und –stärke entscheidet der Gruppenleiter, wie viele Runden es gibt. Es gibt deshalb so viele Abbildungen für dieses Spiel, da der Gruppenleiter dadurch herausfinden kann, welche Emotionen und Eigenschaften am effektivsten für dieses Spiel genutzt werden können, demnach können die Abbildungen, die nicht leicht verstanden werden, bei Bedarf nach und nach aussortiert werden.

Quelle: Aspekt „Körper verrät Gedanken“ (Stieler-Melfsen et al., 2012)

Modifizierung:

- Spielerisches Aneignen der Informationen und Skills zur sensibilisierten Auffassungsgabe des Zustands eines Gegenübers.
- Verwendung von Piktogrammen zur visuellen Unterstützung der Information.
- Formulieren abzulesender Texte in leichter Sprache.

4) Ängstlich sprechen – mutig sprechen

Die Teilnehmer sollen erarbeiten, wie eine mutige Person spricht und wie eine ängstliche Person spricht. Der Gruppenleiter kann hierzu ggf. unterstützende Fragen stellen, wie:

- „*Spricht eine mutige Person laut oder leise?*“
- *Schaut eine mutige Person auf den Boden?*
- *Schaut eine mutige Person in das Gesicht des anderen?*
- *Spricht eine mutige Person undeutlich oder klar?*
- *Will eine mutige Person am liebsten wegrennen?*
- *Wie ist die Körperhaltung einer mutigen Person?*
- *Ist sie aufrecht?“*
- Etc.

Wenn der Unterschied zwischen einer mutigen Körperhaltung und Ausdrucksweise und einer ängstlichen geklärt wurde, werden Rollenspiele durchgeführt.

Hierzu kann sich jeder Teilnehmer entweder selbst einen Satz überlegen oder aber der Gruppenleiter gibt ihnen Sätze vor. Die Sätze sollten am besten Forderungen oder Fragen an Fremde sein, nachfolgend werden einige Beispiele aufgeführt:

- „Können Sie mir den Weg zum Bahnhof sagen?“
- „Entschuldigung, wissen Sie wie spät es ist?“
- „Guten Tag, ich hätte gerne zwei Kugeln Vanilleeis mit Sahne.“
- „Kellner, die Suppe ist versalzen. Bitte bringen Sie mir eine neue!“
- „Entschuldigung, ich bin an der Reihe. Sie haben sich vorgedrängelt!“
- Etc.

Jeder Teilnehmer soll seinen Satz einmal sehr mutig und bestimmt sagen, bzw. die Frage fragen, und einmal ängstlich. Anschließend an die Performance jedes Teilnehmers, soll in der Gruppe evaluiert werden, was genau für das mutige bzw. das ängstliche Auftreten gedeutet hat. Woran haben die Teilnehmer gemerkt, was jeweils dargestellt wurde? Hierdurch sollen die Teilnehmer ein selbstbewussteres Auftreten in sozialen Interaktionen üben.

Quelle: Rechte einfordern (Stieler-Melfsen et al., 2012)

Modifizierung:

- Gruppendiskussion über Aspekte des mutigen und des ängstlichen Auftretens.
- Spielerisches Einüben und gleichzeitiges Vertiefen dieser Informationen durch das kontrastreiche Darstellen und die Evaluierung der Darstellungen.
- Formulieren der Beispielfragen in leichter Sprache.
- Abstrahieren der Informationen auf konkrete Inhalte zur Kürzung und zur besseren Verständlichkeit.

5) Verabschiedung

Nochmals besteht ein Raum für Fragen auf Seiten der Teilnehmenden. Der Gruppenleiter verabschiedet dann die Teilnehmenden und verweist auf den Termin der nächsten Sitzung.

5. Diskussion

Betrachtet man die hohen Prävalenzen der Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung, die erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychischen Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung und die Prävalenzen der Angststörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, ist der nötige Bedarf an Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen klar erkenntlich. Da auch Deutschland durch das Ratifizieren der UN-BRK eine Pflicht der zugänglichen Gesundheitsversorgung gegenüber Menschen mit Behinderungen hat, sollten diese auch im umfangreichen Maße vorhanden sein. Psychoedukationsmanuale für Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen waren aber während aufgeführter Recherchen nicht auszufinden. Daher war es Ziel dieser Arbeit, Forderungen des BDP (200) nach Modifizierungen vorhandener therapeutischer Konzepte nachzukommen.

Es wird erhofft, dass vorliegendes Manual einen Weg in die Praxis findet, da deren Praktikabilität bisher noch nicht erprobt wurde. Nach einigen Versuchsdurchgängen stünden dann voraussichtlich weitere Modifizierungen an, um einen bestmöglichen Zugang für Menschen mit geistiger Behinderung zu schaffen. Bis hin zur letzten Optimierung bedürfe es mehr als nur einer Überprüfung und Neuanpassung (Inclusion Europe, 2009).

Vor allem abzusehen sind Modifizierungen der Komplexität einiger Sitzungen. Es ist wünschenswert zu erfahren, ob die Teilnehmer dem vorliegenden Inhalt der Sitzungen kognitiv folgen können. Ein weiteres Abstrahieren auf eine noch ausgeprägtere Konkretheit ist nicht auszuschließen. Es muss weiterhin festgestellt werden, ob die Teilnehmer durch die teils sehr kreativen Beispiele zur Veranschaulichung den Bezug zum eigentlichen Gegenstand herstellen und jenes Wissen für sich nutzen können. Die Fülle des Inhalts einer Sitzung ist ebenso nicht als endgültig anzusehen. Ob einige Sitzungen nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen und den vorgelegten Rahmen von 45-60 Minuten nicht sprengen, lässt sich nur durch die direkte Anwendung feststellen.

Sicherlich ist vorhandenes Konzept im Rahmen einer Bachelorarbeit auch mit einigen klaren Begrenzungen versehen. Jene werden anschließend mit einer Intention der Darstellung über vorhandenes Bewusstsein dieser Einschränkung und als Vorschläge späterer Optimierungsversuche folglich dargestellt:

Prüfung der leichten Sprache

Die Möglichkeit sollte in Betracht bezogen werden, das Konzept oder einzelne Elemente daraus vor der ersten Anwendung zu prüfen. Dies kann durch das Einholen von Rückmeldungen zu den Texten bei Menschen mit geistiger Behinderung oder durch das Übersenden an das „Büro für leichte Sprache“ (mehr Infos unter <http://www.lebenshilfe-bremen.de/html/content.php>) durchgeführt werden.

Handouts

Da bei den verwendeten Quellen der Anwendung der leichten Sprache (BMAS, 2014; Lebenshilfe Bremen e.V., 2013) darauf verwiesen wird, Handouts für die Teilnehmer von Vorträgen etc. anzufertigen, wäre es für das Psychoedukationsmanual bei Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen eine Bereicherung, nach und nach solche für die Teilnehmer zu erstellen. Hierfür wäre es ratsam erst zu erproben, welche Piktogramme am besten verstanden werden und welche nicht, um etwaige weitere Anpassungen vorzunehmen. Da die Zielgruppen voraussichtlich viele Teilnehmer enthalten werden, welche große Schwierigkeiten mit dem Lesen haben, ist beim Erstellen von Handouts das Verständnis der textunterstützenden bzw. auch teils textersetzenden Bilder und Piktogramme von großer Bedeutung. Auch empfehlen sich einige Erprobungsläufe, um Inhalte möglichst weiter zu konkretisieren, bevor sinnvolle Handouts erstellt werden.

PMR

Ist die PMR in der jeweiligen Einrichtung, auf der das Manual „Psychoedukation bei Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörungen“ durchgeführt werden soll, noch nicht fest im Wochenplan etabliert, wäre es für die Teilnehmer des Programms hilfreich, PMR-Übungen mehrmals pro Woche als festen Termin anzusetzen. Dadurch könnten Betroffene sich in dieser Technik weiter ausprobieren und ihre Wirkung nach und nach intensiver wahrnehmen. Auch können durch eine beauftragte Durchführung Fehler in der Ausführung der Anweisungen korrigiert, bzw. Unterstützungen geliefert werden.

Schulung des Personals

Menschen mit geistigen Behinderungen hätten größere Schwierigkeiten der Übertragung des in der Therapie erlernten Wissens in den Alltag oder auch der Theorie in die Praxis, als nichtbehinderte Menschen (Pörtner, 2001). Daher sollte darauf geachtet werden, dass allen Mitarbeitern der Station die Inhalte des Manuals bekannt sind, um so während dem Alltag eine Unterstützung bei der Umsetzung der Inhalte liefern zu können und möglicherweise Elemente des Manuals in die Zusammenarbeit mit den Klienten produktiv integrieren könnten.

Schulung der Bezugspersonen

Problemverhalten sei nicht allein auf das Subjekt zurückzuführen. Sondern sei es, aus systemischer Sicht, als Resultat einer gestörten Subjekt-Umwelt-Beziehung zu betrachten (Seidel, 2013). Daher könnte es für alle Beteiligten vorteilhaft sein, eine Psychoedukation mit den Bezugspersonen der Kursteilnehmer, z.B. den Angehörigen oder Betreuern, durchzuführen. In den Manualen nach Alsleben et al. (2004) und Stieler-Melfsen et al. (2012) wird jenes in verkürzter Form angeboten. Psychoedukation könnte für Personen, die mit den Betroffenen im direkten Kontakt stehen, von dem her wichtig sein, dass diese einerseits die Symptome besser nachvollziehen bzw. adäquater darauf reagieren können (Stieler-Melfsen et al., 2012). Andererseits wäre wünschenswert, dass sie dadurch die Maßnahmen zur Reduktion der destruktiven, sowie die Verstärkung konstruktiver Verhaltensweisen kennen und unterstützen lernen. Somit könnten Sie möglicherweise eine Besserung der Symptome fördern (Seidel, 2008).

Dies würde also vor allem der „Nachhaltigkeit von den in der Therapie erworbenen Erfahrungen und Einsichten“ (Wunder, 2011, S. 36) dienen oder den Angehörigen eine verbesserte Kompetenz im bewussten Treffen weiterer Entscheidungen zu erbringen (Schulte-Körne, 2014). Häßler (2011) verweist auf die Erweiterung der Informationspflicht auf Sorgeberechtigte oder gesetzlich bestimmte Betreuer.

Eine Studie, die auf die positiven Wirkungen der Psychoedukation bei wichtigen Personen im Leben geistig behinderter Kinder deutet, berichtet von signifikanten Verbesserungen der Verhaltenssymptomaten von Schülern mit einer Form der Autismus-Spektrum-Störung, deren Lehrer ein Psychoedukationsseminar über die Störung besuchten. Ihre Fähigkeit auf deren Verhalten produktiv eingehen zu können sei gesteigert worden und wirke sich positiv auf sowohl Schüler als auch Lehrer aus (Leppert & Probst, 2005).

Evaluation

Weiterhin muss die Darstellung des Konzepts, also sowohl die Power Point Folien, als auch die verwendeten Geschichten und die dabei verwendete Sprache, sowie die vorhandenen Piktogramme und weitere Materialien zur Veranschaulichung auf deren Verständlichkeit bzw. Eingänglichkeit geprüft und daraufhin evtl. optimiert werden. Betroffene Personen wären selbst die Experten (Inclusion Europe, 2009) und sollten daher als Prüfer des Konzepts und der Geschichten angesehen und bei etwaigen Änderungen mit einbezogen werden.

Expositionen

Bei Expositionen geht es darum, sich mit dem Angst-Reiz zu konfrontieren, „d.h., der Patient setzt sich Stimuli oder Situationen (inneren wie äußeren) aus, die seine Symptome >>triggern<<“ (Hoffmann & Hofmann, 2012, S. 22). Die Angst solle dann ausgehalten und die Situation nicht verlassen werden, bis die Symptome nachließen. Die Betroffenen lernen, dass sich die Angstsymptome nicht ins Unermessliche steigern werden. Indem die Reaktion einer Vermeidung wegfallen würde, würden Alternativen für ein positives Verhalten in der angstbesetzten Situation erlernt werden können. Durch „sinnvolles Analysieren, Ordnen, Planen und Entscheiden“ (Hoffmann & Hofmann, 2012, S. 31) könne das durch Ängste kontrollierte Subjekt wieder zu mehr Selbststeuerung finden (ebd.).

Die Expositionstherapie sei als ein exponentieller Faktor der Gesamttherapie bei jeglichen Angst- (und auch Zwangs-) Störungen anzusehen. Trotzdem sei sie mit erheblichen Ängsten auf Seiten des Therapeuten und des Klienten besetzt, wodurch dem Verstehen der Vorgehensweise und Struktur höchste Bedeutung beigemessen werden könne (Hoffmann & Hofmann, 2012). Durch eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit behinderter Menschen (Häßler, 2007) könnte es von erheblichen Vorteil für die Betroffenen sein, individuell aufgeklärt und vorbereitet zu werden, um sichergehen zu können, dass alle Aspekte verstanden und akzeptiert wurden. Ein Gruppensetting zur Aufklärung über Expositionen mit Aufforderungen zu alleinigen Versuchen scheint bei Menschen mit GB daher unangebracht.

Aufgrund der großen Bedeutung der Expositionstherapie bei der Behandlung vieler Angststörungen, will hier erwähnt werden, warum auf diese bei der Erstellung des Manuals verzichtet wurde.

Da Expositionen, wie in den Manualen nach Alsleben et al. (2004) und Stieler-Melfsen et al. (2012) dargestellt, eine intensive Vorbereitung in Anspruch nehmen, muss beim Klientel geistig behinderter Menschen vermutlich eine noch intensivere Betreuung stattfinden. Beide Manuale unterstützen weiterhin keine betreute Exposition, sondern schlagen vor, dass die Teilnehmer eigene Expositionsexperimente durchführen sollen. Da Sappok et al. (2010) jedoch vor dem Hintergrund eines psychotherapeutischen Zugangs zu Menschen mit geistiger Behinderung auf eine fachlich betreute Exposition behinderter Menschen verweisen, wurde auf eine Modifikation eines Moduls zur Exposition im vorliegenden Manual der „Psychoedukation bei Menschen mit geistiger Behinderung und Angststörung“ verzichtet.

Die Wichtigkeit einer intensiven Betreuungsphase erschließt sich unter anderem durch allein schon der umfangreichen und komplexen Vorbereitungsphase. Klienten müssten dabei große kognitive Leistungen erbringen und Emotionen, Körperreaktionen und Gedanken reflektieren können, um allein schon eine Hierarchie ihrer Angst zu erstellen (Hoffmann & Hofmann, 2012). Jenes sind Fertigkeiten, welche Menschen mit geistigen Behinderungen oftmals große Schwierigkeiten bereiten würden (Häßler, 2007). Sappok et al. (2010) weiten in ihrer Modifikation einer Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Menschen mit Phobien die Vorbereitung auf eine erste Exposition auf ca. sechs 45-minütige Therapieeinheiten aus, was als Verstärkung der Entscheidung des Verzichts der Expositions-Module aus dem vorliegenden Manual diene.

Abschließend deuten Expositionen bei Menschen mit GB auf ein Setting zwischen einem Klienten und dem Therapeuten hin. Eine intensive Betreuung der kompletten Expositionstherapie mit einem extrem hohen Anteil an unterstützender Hilfestellung beim Explorieren von Emotion und Kognition erscheint als angebracht und im Rahmen dieser Arbeit als unpassend.

6. Literaturverzeichnis

- Ahrens-Eipper, S., Leplow, B. & Oestreich, N. (2004). *Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder* (Therapeutische Praxis). Göttingen: Hogrefe.
- Alsleben, H., Weiß, A., Rufer, M. & Hand, I. (2004). *Psychoedukation Angst- und Panikstörungen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen* (Im Dialog, 1. Aufl). München: Urban & Fischer.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5* (5. ed). Washington, DC: American Psychiatric Publ.
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert., J., Eckhardt-Henn, A. et al. (2014). Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Zugriff am 18.08.2014. Verfügbar unter www.awmf.org/leitlinien.html
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2. ed., paperback ed). New York, NY: Guilford Press.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Körperliche Beschwerden bei Patienten mit psychischen Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55 (1), 9–19.
- Beail, N. (2010). The challenge of the randomised control trial to psychotherapy research with people who have learning disabilities. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 4 (1), 37–41.
- Behrendt, B. & Krischke, N. R. (2005). Psychoedukative Interventionen und Patientenschulungen zur Förderung von Compliance, Coping und Empowerment. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg.), *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis* (S. 15–29). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP e.V. (2009). Kompendium der Tätigkeitsfeldbeschreibungen. Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen im Bereich „Geistige Behinderung“. Zugriff am 19.06.2014. Verfügbar unter <http://www.bdp-klinische-psychologie.de/service/downloads/FG6%20Geistige%20Behinderung%20T%E4tigkeitsfeldbeschreibung%202009.pdf>
- BMAS. (2011). *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention* (Stand: August 2011). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Broschüre).
- BMAS. (2014). *Leichte Sprache. Ein Ratgeber*. Berlin: Eigendruck

- Buchner, T. (2011). Was wirkt und wie? Faktoren für ein erfolgreiches Gelingen von Psychotherapie für Personen mit intellektueller Behinderung. In K. Hennicke (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung* (1. Aufl, S. 107–125). Marburg: Lebenshilfe-Verlag
- 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.
- 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.
- Dietze, T. (2011). Sonderpädagogische Förderung in Zahlen - Ergebnisse der Schulstatistik 2009/10 mit einem Schwerpunkt auf der Analyse regionaler Disparitäten. *Zeitschrift für Inklusion*, 6 (2).
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien* (8., überarb. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011). Bern: Huber.
- Elstner, Samuel Heinz Arthur, Schade, C. & Diefenbacher, A. (Hrsg.). (2012). *DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit. An der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Bielefeld: Bethel-Verl.
- Fabian, E. & Brück, U. (2013). *Psychotherapie der Angst. Theoretische Modelle und Behandlungskonzepte* (Therapie & Beratung, Orig.-Ausg). Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag.
- Finlay, W. M. L. & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, 13 (3), 319–335.
- Frei, E. X. (2001). Betreuung Geistigbehinderter mit psychischen Störungen: Aufgabe oder Zumutung? In E. X. Frei, M. Furger & D. Kehl (Hrsg.), *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung* (S. 9–19). Luzern: Ed. SZH/SPC.
- Frei, E. X., Furger, M. & Kehl, D. (Hrsg.). (2001). *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung*. Luzern: Ed. SZH/SPC.
- Gontard, A. von. (2013). Genetische und biologische Grundlagen. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl, S. 30–43). Stuttgart: Kohlhammer.

- Häßler, F. (2007). Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit und ohne zusätzliche psychische Störungen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35 (6), 381–383.
- Häßler, F. (2011). Intelligenzminderungen im Erwachsenenalter. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie* (4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage, S. 1109–1128). Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Hennicke, K. (2007). Zur Einführung: Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In K. Hennicke (Hrsg.), *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Möglichkeiten der Prävention ; Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 10.11.2006 in Kassel* (Materialien der DGSGB, Bd. 15, 1. Aufl, S. 4–7). Berlin, Bielefeld: DGSGB.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2012). *Expositionen bei Ängsten und Zwängen* (3., überarb. Aufl). Weinheim: Beltz.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Becker, E. S. & Wittchen, H.-U. (2003). Epidemiologie und nosologischer Status der Generalisierten Angststörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (4), 267–275.
- ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. (2010) (Unveränderter Nachdruck. Köln: DIMDI.
- Inclusion Europe. (2009). *Schulungen für Lehrerinnen und Lehrer. Wie man anderen Menschen beibringt, Texte in leichter Sprache zu schreiben ; [entwickelt im Rahmen des Projektes Pathways - Wege zur Erwachsenenbildung für Menschen mit Lernschwierigkeiten]*. Brüssel: Inclusion Europe.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85 (1), 77–87.
- Kapfhammer, H.-P. (2011). Angststörungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie* (4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage, S. 499–570). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62 (6), 593–602.

- Khan, M. M. & Beail, N. (2013). Service user satisfaction with individual psychotherapy for people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7 (5), 277–283.
- Lebenshilfe Bremen e.V. (2013). *Leichte Sprache. Die Bilder ; Buch mit DVD* (1. Aufl). Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung.
- Leppert, T. & Probst, P. (2005). Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Gruppentrainings für Lehrer von Schülern mit einer autistischen Entwicklungsstörung und Intelligenzmindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (1), 49–58.
- Lieb, R., Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 445–452.
- Lingg, A. (2001). Der Beitrag der Psychiatrie. In E. X. Frei, M. Furger & D. Kehl (Hrsg.), *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung* (S. 21–25). Luzern: Ed. SZH/SPC.
- 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.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.). (2011). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Band 2: Spezielle Psychiatrie* (4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflagen). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Möller, N. (2010). Reflexionen zum Begriff der Geistigen Behinderung – Ein Beitrag zum Diskurs. *ergoscience*, 5 (01), 31–38.
- Mühlig, S. & Jacobi, F. (2011). Psychoedukation. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Springer-Lehrbuch, S. 477–490). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Myrbakk, E. & Tetzchner, S. von. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29 (4), 316–332.
- Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.-C. (2013). Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl, S. 15–29). Stuttgart: Kohlhammer.

- Neuhäuser, G. (2013). Klinische Syndrome. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häbeler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl, S. 61–140). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neumann, D., Pahlen, R., Majerski-Pahlen, M., Wilrodt, H., Gotzen, O. & Neumann-Pahlen-Majerski-Pahlen. (2005). *Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Kommentar* (Beck'sche Kommentare zum Arbeitsrecht, Bd. 10, 11., neu bearb. Aufl). München: Beck.
- Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2598).
- Nickel, M. & Förstner, U. (2008). *Ängste, Zwänge und Belastungsreaktionen* (Edition Ärztwoche). Wien: Springer-Verlag.
- Pörtner, M. (2001). Ist Psychotherapie sinnvoll? Wie können wir im Alltag psychischen Störungen begegnen und diesen vorbeugen? In E. X. Frei, M. Furger & D. Kehl (Hrsg.), *Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung* (S. 57–69). Luzern: Ed. SZH/SPC.
- Rabovsky, K., Stoppe, G., Euler, S. & Becker, P. (Hrsg.). (2009). *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen ; [mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch]* (Im Dialog, 1. Aufl). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Remschmidt, H. & Niebergall, G. (2011). Intelligenzminderungen bei Kindern und Jugendlichen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie* (4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage, S. 1093–1108). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.). (2011). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV* (5., vollst. überarb. und erw. Aufl., 1. unveränd. Nachdr). Bern: Huber.
- Sappok, T., Voß, T., Millauer, E., Schade, C. & Diefenbacher, A. (2010). Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Der Nervenarzt*, 81 (7), 827–836.
- Sarimski, K. & Steinhausen, H.-C. (2008). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung* (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 11). Göttingen: Hogrefe.

- Sarimski, K. (2013). Psychologische Theorien geistiger Behinderung. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl, S. 44–58). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte-Körne, G. (2014). Psychische Störungen bei Intelligenzminderung. In D. Reinhardt, T. Nicolai & K.-P. Zimmer (Hrsg.), *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter* (S. 1301–1304). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schüßler, G. & Brunbauer, A. (2011). Psychologische Grundlagen psychischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Band 2: Spezielle Psychiatrie* (4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflagen, S. 293–333). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Seidel, M. (2005). *Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 3.12.2004 in Kassel* (Materialien der DGSGB / Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit Geistiger Behinderung e.V, Bd. 10, 2., durchges. Aufl). Berlin: DGSGB.
- Seidel, M. (2008). Psychotherapie mit Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 9 (2), 138–143.
- Seidel, M. (2013). Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Beitrag zur begrifflichen Klärung. In Glasenapp, J. & Henniske, K. (Hrsg.), *Intensivbetreuung in der Diskussion -- Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB in Kooperation mit dem Netzwerk Intensivbetreuung am 15.3.2013 in Kassel* (Bd. 30, S. 19–28). Berlin: Eigenverlag.
- Stavemann, H. H. (2003). *Therapie emotionaler Turbulenzen. Einführung in die kognitive Verhaltenstherapie* (Praxismaterial, 3., vollst. überarb. Aufl). Weinheim: Beltz-PVU.
- Steinhausen, H.-C. (2005). Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung. In F. Häßler & J. M. Fegert (Hrsg.), *Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte ; mit 36 Tabellen ; [Symposien, März 1999 und Mai 2002 in Berlin]* (S. 9–18). Stuttgart: Schattauer.
- Stieler-Melfsen, S., Walitza, S. & Schlieker, H. (2012). *Behandlung sozialer Ängste bei Kindern. Das "Sei-kein-Frosch"-Programm* (Therapeutische Praxis). Göttingen: Hogrefe.
- Wancata, J., Fridl, M. & Friedrich, F. (2009). Social Phobia. Epidemiology and health care. *Psychiatria Danubina*, 21 (4), 520–524.

- Wehrenberg, M. & Nohl, A. (2012). *Die 10 besten Strategien gegen Angst und Panik. Wie das Gehirn uns Stress macht und was wir dagegen tun können*. Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Springer-Lehrbuch). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2004). *Angststörungen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 21). Berlin: Robert Koch-Inst. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0257-1001977>
- Wunder, M. (2011). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung - Ist dies eine Selbstverständlichkeit? In K. Hennische (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung* (1. Aufl, S. 23–40). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

7. Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Marion Augustin, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

Stendal, den 08.09.2014

Abbildungsverzeichnis

Abbildungen im Teil „Hintergrund“

Abbildung 1. Teufelskreis der Angst (Hoffmann & Hofmann, 2012, S.103)

Schaubilder im Teil „Ergebnisse“

Schaubild 1. Der Teufelskreis der Angst

Schaubild 2. Vermeidung/Flucht

Schaubild 3. Ausgangssituation der Stress-/Angstveranschaulichung

Schaubild 4. Stress-/Angstveranschaulichung nach „Antons Tag 1“

Abbildung 5. Stress-/Angstveranschaulichung nach „Antons Tag 2“

Tabellenverzeichnis

<u>Tabelle 1.</u>	Klassifikation der GB durch IQ-Werte, adaptiert nach der ICD-10 (Dilling et al., 2011)
<u>Tabelle 2.</u>	12-Monats-Prävalenzen spezieller Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung, adaptiert nach der DEGS1-MH (Jacobi et al., 2014)
<u>Tabelle 3.</u>	Lebenszeit-Prävalenzen der Angststörungen sortiert nach Alter, adaptiert nach der NCS-R (Kessler et al., 2005)
<u>Tabelle 4.</u>	Psychotherapeutischer Zugang zu Menschen mit GB
<u>Tabelle 5.</u>	Überblick über die Modulschwerpunkte

Anhangsverzeichnis

Modul 1	I
<u>Abbildung 1. Rote Karte</u>	I
<u>Abbildungen 2-6. Vorstellungsrunde und Gruppenregeln (PPT)</u>	II
<u>Abbildungen 7-8. Wanderberg</u>	IV
Modul 2	VI
<u>Geschichte 1. Die Geschichte von Fred und Warnie</u>	VI
<u>Geschichten 2-5. True and False Alarm – Kurzgeschichten</u>	XII
Modul 3	XV
<u>Abbildungen 1-4. Vier Seiten der Angst (PPT)</u>	XV
<u>Abbildungen 5-7. Wann haben wir Angst? (PPT)</u>	XVII
<u>Abbildungen 8-10. Körperanzeichen der Angst</u>	XVIII
Modul 4	XX
<u>Abbildungen 1-5. Der Teufelskreis der Angst</u>	XX
Modul 5	XXIII
<u>Abbildungen 1-4. Vermeidung / Flucht</u>	XXIII
Modul 6	XXV
<u>Abbildung 1. Angstgrenze</u>	XXV
<u>Geschichten 1-2. Antons Tag 1+2</u>	XXVI
Modul 7	XXX
<u>Abbildungen 1-5. Stressreduktion im Alltag</u>	XXX
Modul 8	XXXIII
<u>Abbildungen 1-3. Tipps und Regeln zur Medikamenteneinnahme</u>	XXXIII
Modul 9	XXXV
<u>Abbildungen 1-15. Emotionen und Eigenschaften</u>	XXXV

Anhänge

Die Anhänge folgen auf den nächsten Seiten.

Modul 1

Abbildung 1. Rote Karte



Aus Datenschutzgründen lt. BMAS (2011) muss auf die Rückseite der Roten Karten Folgendes eingefügt werden:

Copyright Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V.

Abbildungen 2-6. Vorstellungsrunde und Gruppenregeln (PPT)

2

Wie ist mein Name?

Was mache ich gerne?

Wie alt bin ich?

Warum bin ich hier?

Mein Ziel ist es, ...

A simple line drawing of a person's head and shoulders. The person has a neutral, smiling expression. Their right hand is placed over their chest, with fingers slightly spread. The drawing is minimalist, using only black outlines on a white background.

3

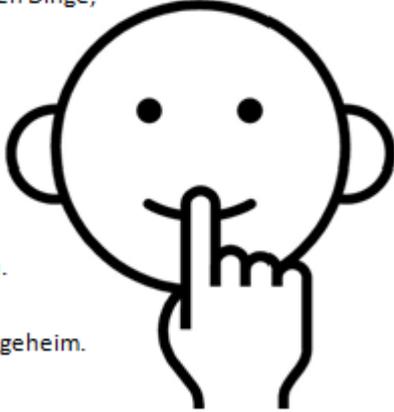
Schweigepflicht

Manchmal erzählen wir bestimmten Personen Dinge,
die andere nicht wissen sollen.

In dieser Gruppe erzählen wir Dinge,
die andere nicht wissen sollen.

Darum versprechen wir,
die Namen der anderen nicht weiterzusagen.

Die Namen der Gruppenteilnehmer bleiben geheim.

A simple line drawing of a person's head and shoulders. The person has a neutral expression. Their right hand is raised to their mouth, with the index finger pointing upwards and touching the lips. This is a common gesture for indicating silence or secrecy. The drawing is minimalist, using only black outlines on a white background.

4

Einander ausreden lassen

Wenn wir etwas erzählen,
ist es nicht schön,
wenn andere dazwischen reden.

Daher hören wir erst zu,
bis andere fertig sind.

Erst dann reden wir.

Auch wenn wir Fragen haben,
stellen wir diese danach.

1.



2.



5

Pünktlichkeit

Oft macht man für Treffen
bestimmte Zeiten aus.

Zu der Zeit soll man auch da sein,
damit andere nicht warten müssen.

Zu unseren Treffen
wollen wir alle rechtzeitig kommen.



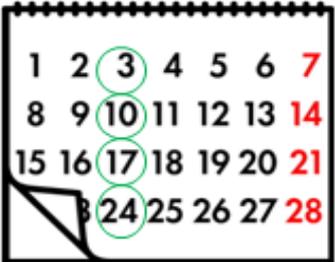
6

Regelmäßige Teilnahme

Wir treffen uns nicht nur heute.

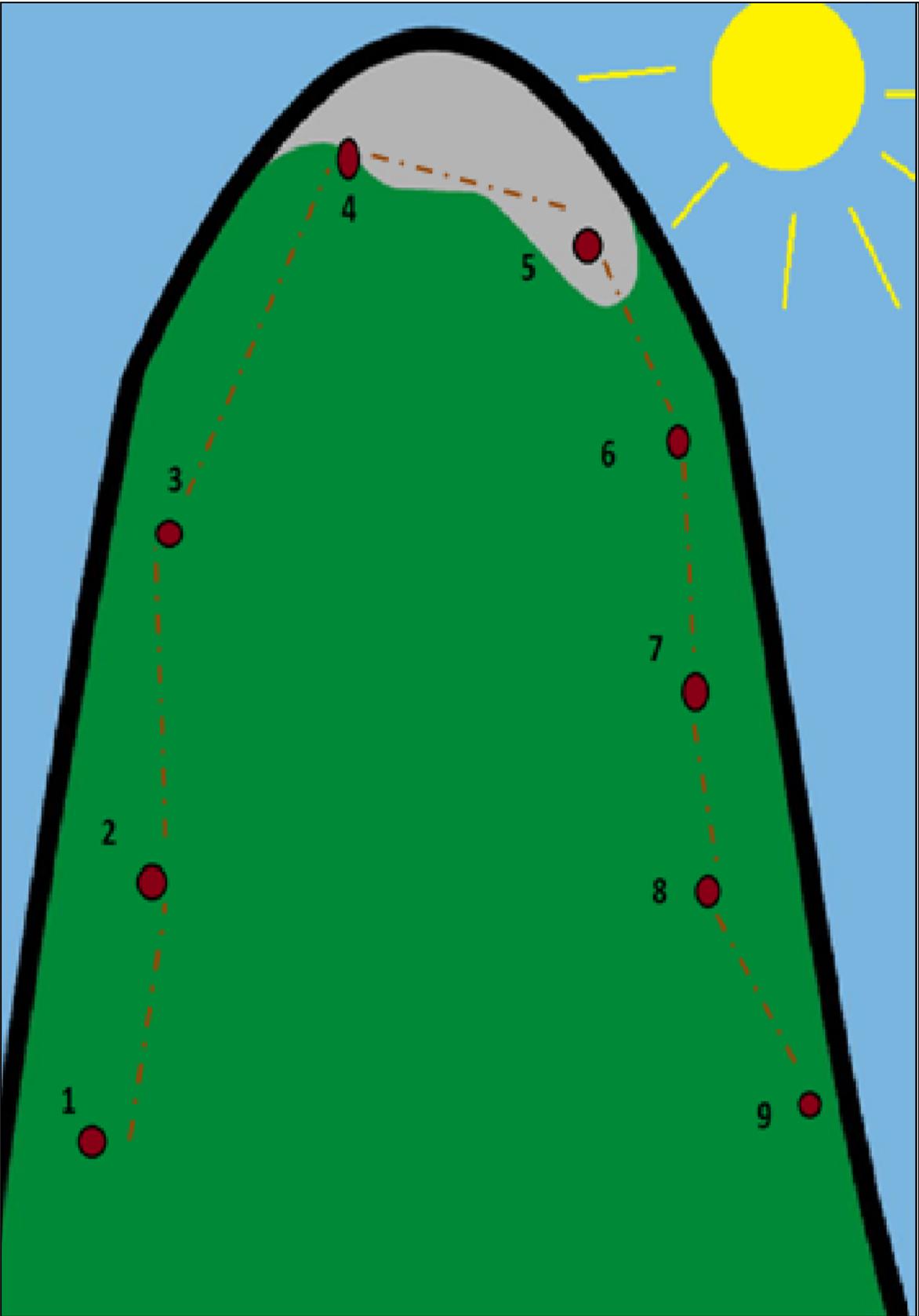
Wir treffen uns an mehreren Tagen,
damit wir unsere Ziele erreichen.

Wir versuchen,
zu allen Treffen zu kommen.



Abbildungen 7-8. Wanderberg

7



8



Modul 2

Geschichte 1. Die Geschichte von Fred und Warnie

Vor ganz langer Zeit,
als die Dinosaurier noch lebten,
gab es ein kleines Neandertaler-Dorf.
Neandertaler waren die ersten Menschen auf unserem Planeten.
In diesem Dorf lebten zwei unzertrennliche Freunde.
Ihre Namen waren Fred und Warnie.
Die beiden kannten sich schon ihr ganzes Leben lang.
Und sie verbrachten jeden Tag zusammen:
Sie gingen zusammen auf die Jagd.
Sie aßen zusammen.
Und sie schliefen in derselben Höhle.

Jedoch waren die beiden sich nicht sehr ähnlich.
Sie unterschieden sich sogar sehr.
Warnie liebte die Abenteuer.
Er war sehr mutig.
Und hatte niemals vor etwas Angst.
Fred war etwas ängstlich.
Er traute sich nicht so viel wie Warnie.
Fred bewunderte Warnie.
Er wollte gerne auch so mutig sein.
Er konnte zum Beispiel nicht so hoch in den Bäumen klettern.
Er hatte Angst, dass er herunterstürzen könnte.
Trotzdem verstanden sich Fred und Warnie sehr gut.
Und sie unternahmen viel zusammen.
Am liebsten gingen sie gemeinsam wandern
Auf ihren Wanderungen erforschten sie die Umgebung.

Eines Tages machten die beiden wieder eine große Wanderung.
Schon früh am Morgen gingen sie los.
Sie liefen durch wunderschöne Landschaften.
Als erstes mussten sie einen großen Wald durchqueren.

Sie bewunderten die schönen Bäume.

Und es gab riesige Blumen in allen Farben.

Die Blumen waren fast so groß wie Menschen.

Und sie rochen alle sehr gut.

An einer Stelle des Weges musste man sehr vorsichtig sein.

Links und rechts ging es tief hinunter.

Fred blieb immer auf dem Wanderweg.

Denn der Boden im Wald war sehr rutschig.

Er hatte Angst davor, auszurutschen und hinunterzustürzen.

Fred hatte große Angst vor der Höhe.

Warnie hingegen hatte keine Angst vor der Höhe.

Er ging auch nicht auf dem Wanderweg.

Er ging ganz nah am Rand.

Er wollte dort unbedingt an einer besonders schönen Blume riechen.

Doch dann passierte es!

Warnie rutschte auf dem nassen Boden aus und stolperte.

Er stürzte und rutschte fiel fast in die Tiefe.

Warnie rief laut um Hilfe.

Er konnte sich gerade so an einem Ast festhalten.

Er hing an dem Ast und wartete auf Hilfe.

Fred kam vorsichtig zu Warnie.

Er wollte ihm helfen.

Er zog Warnie wieder hoch.

„Du musst vorsichtiger sein!“, sagte Fred zu ihm.

„Bleib immer auf dem Wanderweg und pass auf, wo du hintrittst.

Das nächste Mal kannst du dich vielleicht nicht mehr festhalten.

Dann stürzt du den Berg hinunter!“.

Warnie fand, dass Fred Recht hatte.

Von nun an wollte er vorsichtiger sein.

Er passte sehr gut auf, wo er hintrat.

Warnie hatte nun auch Angst, wieder zu stürzen.

Er hatte Angst davor, in die Tiefe zu fallen und sich zu verletzen.

Warnie hatte nun auch Angst vor der Höhe.

Die beiden gingen weiter.

Schon bald verließen sie den Wald.

Als nächstes mussten sie durch ein sandiges Gebiet gehen.

In diesem Gebiet war es sehr heiß.

Und die beiden brauchten viel zu Trinken.

Fred sah, eine kleine Oase.

Eine Oase besteht aus vielen Bäumen und einem Wasserloch.

Fred wollte dort seinen Trinkbehälter auffüllen.

Er hatte Angst, dass er nicht genug zu Trinken dabei hat.

Er ging zu der Oase,

um sich mehr Wasser zu holen.

Warnie wartete auf Fred.

Er hatte keine Lust, zu der Oase zu laufen.

Er dachte, dass er genug Wasser dabei hatte.

Deswegen hatte er keine Angst davor, zu verdursten.

Als Fred zurück kam gingen die beiden weiter.

Leider merkte Warnie bald, dass er doch nicht genug Wasser dabei hatte.

Fred sagte zu Warnie:

„Ich teile gerne mein Wasser mit dir Warnie.

Aber ich kann gar nicht verstehen,

warum du deine Flasche nicht aufgefüllt hast.

Hattest du denn keine Angst, dass du nicht genug Wasser dabei hast?

Ich hatte so viel Angst,

dass ich den Umweg gerne gegangen bin.

Wenn ich mein Trinken jetzt nicht mit dir teilen würde,

wärst du in dieser Hitze verdurstet.“

Warnie fand, dass Fred Recht hatte.

Von nun an wollte er vernünftiger sein.

Für den restlichen Weg der Wanderung war Warnie vernünftig.

Er füllte seine Flasche bei jeder Gelegenheit auf.

Denn von nun an hatte er Angst davor, zu wenig Trinken zu haben.

Er hatte nun auch Angst davor, zu verdursten.

Nach einigen Stunden kamen die beiden an eine Wiese.

Auf dieser Wiese standen viele Bäume.

Über diese Wiese mussten sie gehen.

Jedoch war diese Wiese bekannt dafür, dass hier viele Säbelzahn timer leben.

Säbelzahn timer waren sehr gefährliche Tiere.

Sie waren sehr schnell und sehr stark.

Fred hatte schreckliche Angst vor diesen Tieren.

Er lief von nun an ganz vorsichtig und in gebückter Haltung über die Wiese.

Warnie hingegen hatte keine Angst.

Er fürchtete sich nicht vor den Säbelzahn timern.

Er spazierte einfach ganz normal über die Wiese.

Doch nur wenige Minuten später kamen ihnen Säbelzahn timer entgegen.

Schnell kletterte Fred einen Baum hinauf und rief leise:

„Warnie, pass auf, da sind die Säbelzahn timer!

Versteck dich!

Schnell!“

Doch Warnie konnte ihn nicht hören.

Und die Säbelzahn timer kamen immer näher.

Als sie Warnie sahen, brüllten sie laut los und rannten auf Warnie zu.

Warnie hörte ihr Brüllen und sah, wie sich die Säbelzahn timer sehr, sehr schnell näherten.

„Los, kletter den Baum hinauf!“, rief Fred!

Warnie kletterte schnell einen Baum hinauf.

Er hatte ein Riesenglück, dass gleich neben ihm ein Baum stand.

Einer der Säbelzahn timer sprang ihm hinterher.

Er schaffte es fast, Warnie zu beißen.

Aber der Säbelzahn timer biss an Warnie vorbei.

Warnie und Fred saßen nun auf den Bäumen und warteten.

Fred und Warnie saßen dort so lange,

bis die Säbelzahn timer wieder abhauten.

Danach kletterten Warnie und Fred beide von ihren Bäumen hinunter.

Sie gingen von nun an zusammen über die Wiese.

Fred sagte zu Warnie: „Du musst vorsichtig über die Wiese gehen Warnie.

Ich habe solch eine große Angst vor den Säbelzahn timern,

dass ich ganz leise und langsam gehe.

Man muss immer schauen,

ob irgendwo ein Säbelzahn timer in der Nähe ist.“

Warnie fand, dass Fred Recht hatte.

Von nun an wollte er auch vorsichtiger sein.

Er wollte ganz leise und langsam über die Wiese gehen.

Er hatte Angst davor, wieder einem Säbelzahn tiger zu begegnen.

Die beiden gingen weiter.

Leider kamen viele dunkle Wolken auf.

Und nur kurze Zeit später fing es an zu regnen.

Der Himmel leuchtete hell auf.

Fred und Warnie hörten ein lautes Geräusch.

Dass muss ein Blitz und ein Donner gewesen sein.

Die beiden waren mitten in einem Gewitter.

Fred hatte schon von Blitzen gehört,

aber er hatte noch nie selbst einen gesehen.

Der Blitz machte ihm Angst.

Ob er wohl gefährlich war?

Schnell lief Fred in eine verlassene Höhle, die nicht weit vom Weg entfernt war.

Warnie jedoch fand den Regen toll.

Er wollte nicht in die Höhle kommen.

Warnie hatte keine Angst vor einem Blitz.

Bis plötzlich ein Blitz vom Himmel herunter fuhr.

Das dauerte nur eine Sekunde.

Der Blitz schlug neben Warnie in den Boden ein.

Funken sprühten vom Boden und trafen auch Warnie.

Das tat weh und Warnie schrie auf.

Sein Gesicht war ganz schwarz verkohlt.

Schnell rannte er zu Fred in die Höhle.

Nun versteckte er sich auch vor den Blitzen.

Warnie sagte zu ihm:

„Du hast doch auch die Geschichten über Blitze gehört.

Die haben mir solche Angst gemacht,

dass ich mich verstecken wollte.

Man muss sich doch vor Blitzen schützen Warnie!“

Warnie fand, dass Fred Recht hatte.

Er blieb so lange in der Höhle, bis das Gewitter weiterzog.

Jetzt hatte auch Warnie Angst vor den Blitzen.

Aber von nun an versteckte er sich bei jedem Gewitter.

Dadurch schützte er sich vor den Blitzen.

Nach dem Gewitter gingen Fred und Warnie weiter.

Schon bald kamen sie wieder zurück in ihrer Höhle an.

Beide waren sehr erschöpft von der langen Reise.

Sie gingen bald schlafen.

Jedoch dachte Warnie noch einmal über die Reise nach:

„Heute war ein anstrengender und langer Tag.

Ich bin froh, dass ich gesund angekommen bin.

Ich wäre heute fast einen tiefen Hang hinunter gestürzt,

ich wäre fast verdurstet,

ich bin fast von einem Säbelzahn tiger gefressen worden

und ich bin fast von einem Blitz getroffen worden.

Ich war ständig in Gefahr.

Und dass alles nur, weil ich vor nichts Angst hatte.

Fred hatte vor allem Angst.

Deshalb hat er sich ständig geschützt.

Und er war nicht in Gefahr.

Nun habe ich aber Angst vor gefährlichen Dingen.

Und das ist gut so.

Denn dadurch werde ich vorsichtiger sein.

Und ich kann mich besser schützen.

Ich werde vorsichtiger sein,

weil ich Angst habe,

dass mir sonst etwas passiert.“

Geschichten 2-5. True and False Alarm – Kurzgeschichten

Geschichte 2

Hans ist 30 Jahre alt.

Er lebt in einer großen Stadt.

Jeden Tag geht er in der Früh um 8 Uhr in die Arbeit.

Auch heute ging er in der Früh in die Arbeit.

Alles war wie immer.

Doch als er über den Zebrastreifen ging, passierte etwas.

Hans war auf der Mitte der Straße, als ein Auto ganz schnell auf ihn zu fuhr.

Das Auto sah den Hans nicht.

Es fuhr einfach weiter.

Immer weiter auf Hans zu.

Hans sah plötzlich das Auto.

Er bekam riesige Angst.

Sein Herz schlug ganz schnell.

Er wollte nicht von dem Auto überfahren werden.

Ganz schnell sprang er zur Seite.

Er hatte Glück, dass er so schnell war.

Gerade noch rechtzeitig konnte er dem Auto ausweichen.

Geschichte 3

Frau Müller ist beim Einkaufen.

Sie geht schon seit Jahren in denselben Supermarkt.

Heute kauft sie Zutaten für einen Kuchen.

Sie möchte ihrem Mann gerne einen Kuchen backen.

Denn ihr Mann hat bald Geburtstag.

Sie steht an der Kasse und wartet bis sie an der Reihe ist.

Plötzlich durchfährt sie ein großer Schrecken.

Ihr Herz schlägt ganz schnell, ihr wird warm und sie beginnt zu schwitzen.

Sie bekommt Panik.

Sie weiß nicht einmal vor was.

Sie will plötzlich ganz schnell aus dem Supermarkt.

Sie lässt die Zutaten einfach liegen und rennt hinaus.

Geschichte 4

Klaus ist 23 Jahre alt.

Er wohnt in einem Heim für behinderte Menschen.

Heute ist ein Sommerfest.

Klaus soll vor allen Leuten eine kurze Rede halten.

Mit seiner Rede soll das Sommerfest beginnen.

Er hat die Rede davor schon ganz oft geübt.

Und jetzt kann er sie auswendig.

Er hat die Rede sogar schon einmal vor seiner Betreuerin vorgesagt.

Die fand die Rede ganz toll.

In einer halben Stunde soll Klaus die Rede halten.

Doch dann bekommt er ganz große Angst.

Er traut sich nicht mehr, die Rede zu halten.

Er hat Angst davor, sich zu versprechen oder etwas zu vergessen.

Die anderen könnten ihn dann auslachen.

Oder schlecht über ihn sprechen.

Klaus bekommt große Angst davor.

Ihm wird ganz schlecht.

Die Rede hält er deswegen leider doch nicht.

Geschichte 5

Fritz ist heute alleine zu Hause.

Seine Eltern sind ausgegangen.

Fritz macht sich eine Kerze an.

Er guckt sich ein Buch an.

Etwas später nimmt er ein Bad.

Die Kerze hat er nicht ausgemacht.

Er hat sie vergessen.

Als er in der Badewanne liegt, riecht er plötzlich Rauch.

Er springt aus der Badewanne und öffnet die Tür.

Da sieht er, dass es brennt.

Ihm fällt ein, dass er die Kerze vergessen hat.

Die Kerze hat ein Feuer ausgelöst.

Da bekommt Fritz große Angst.

Sein Herz wird ganz laut und Fritz atmet ganz schnell.

Jetzt muss er schnell denken, um richtig zu handeln:

Fritz muss sofort das Haus verlassen.

Dann muss er zu den Nachbarn.

Von dort aus müssen sie die Feuerwehr anrufen.

Fritz macht das dann auch.

Er rennt aus dem Haus.

Er rennt zu den Nachbarn.

Und er ruft die Feuerwehr.

Die Feuerwehr kommt zum Glück ganz schnell und kann den Brand löschen.

Modul 3

Abbildungen 1-4. Vier Seiten der Angst (PPT)

1

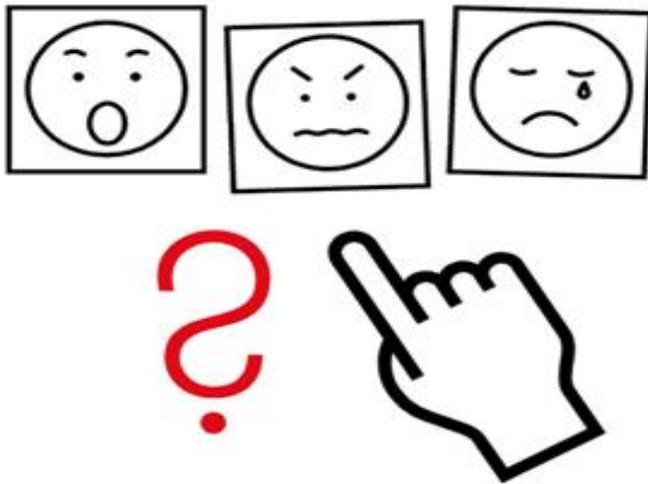


2



3

Wie fühlen wir uns bei Angst?



4

Wie verhalten wir uns bei Angst?

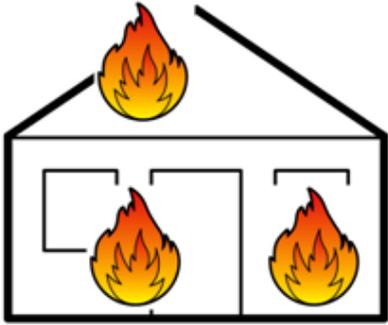


Abbildungen 5-7. Wann haben wir Angst? (PPT)

5

Gefahr

Hier ist ein Hausbrand.
Das ist gefährlich.
Was ist noch gefährlich?



6

Ungewissheit

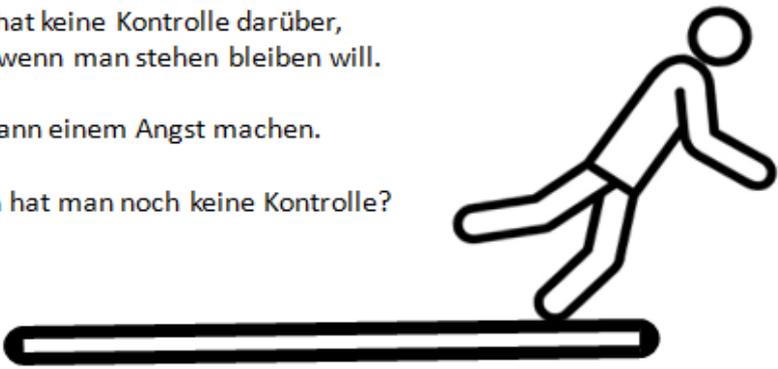
Beim Zahnarzt weiß man oft nicht,
was gleich passiert.
Was dann passiert ist ungewiss.
Vielleicht hat man dann Angst,
eine Spritze zu bekommen.
Fällt euch ein,
wann ihr nicht wisst was passiert
und dann Angst habt?



7

Keine Kontrolle haben

Wenn man stolpert,
hat man die Kontrolle verloren.
Man hat keine Kontrolle darüber,
auch wenn man stehen bleiben will.
Das kann einem Angst machen.
Wann hat man noch keine Kontrolle?

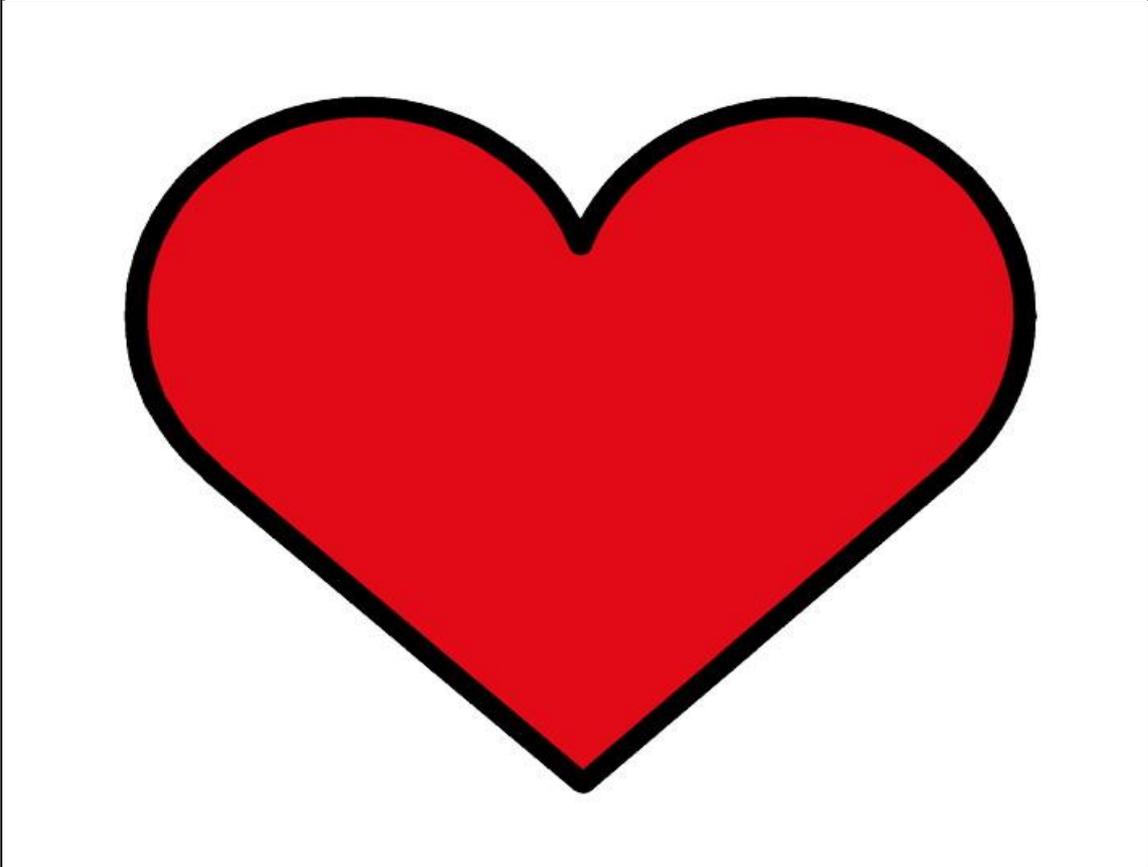


Abbildungen 8-10. Körperanzeichen der Angst

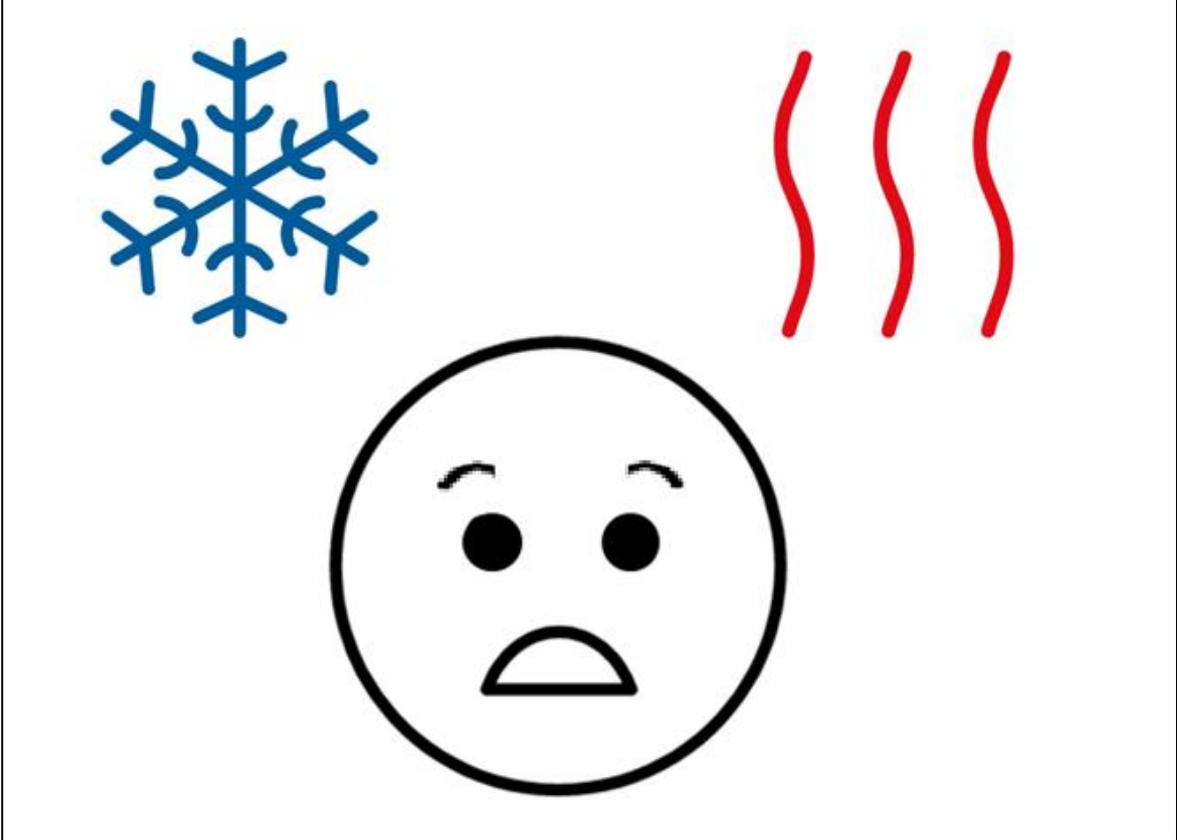
8



9



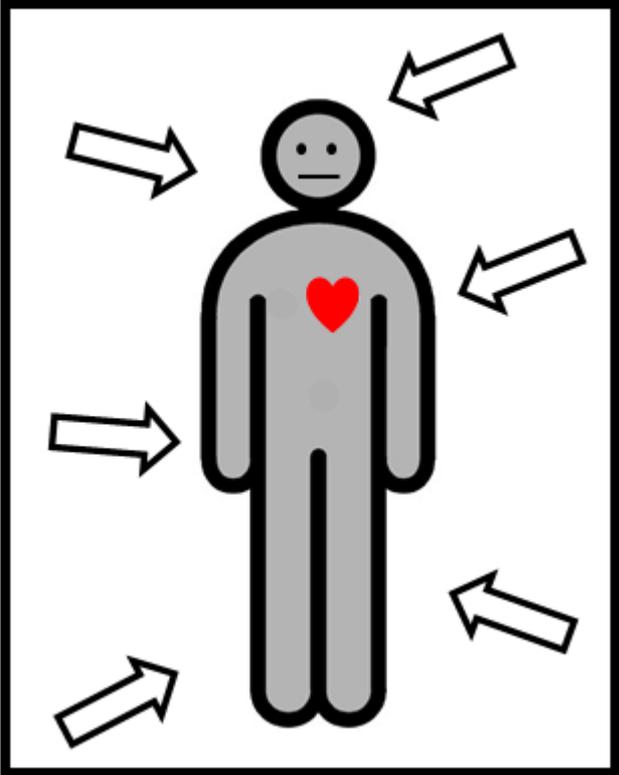
10



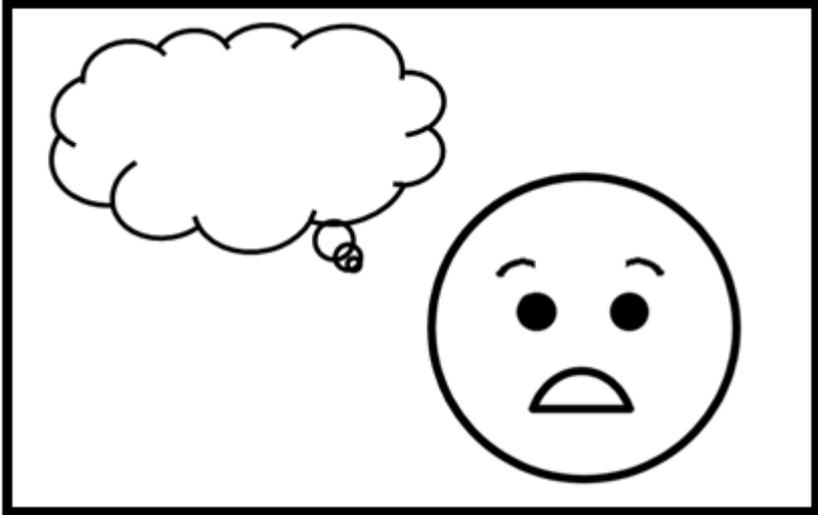
Modul 4

Abbildungen 1-5. Der Teufelskreis der Angst

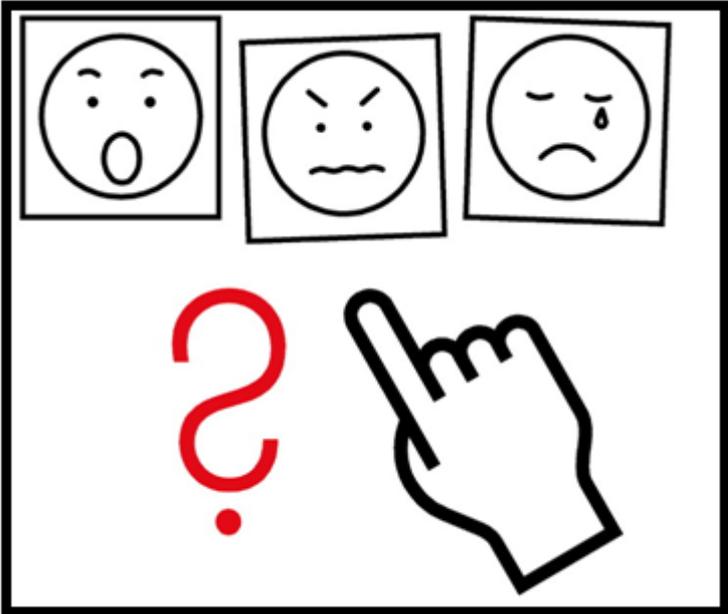
1



2



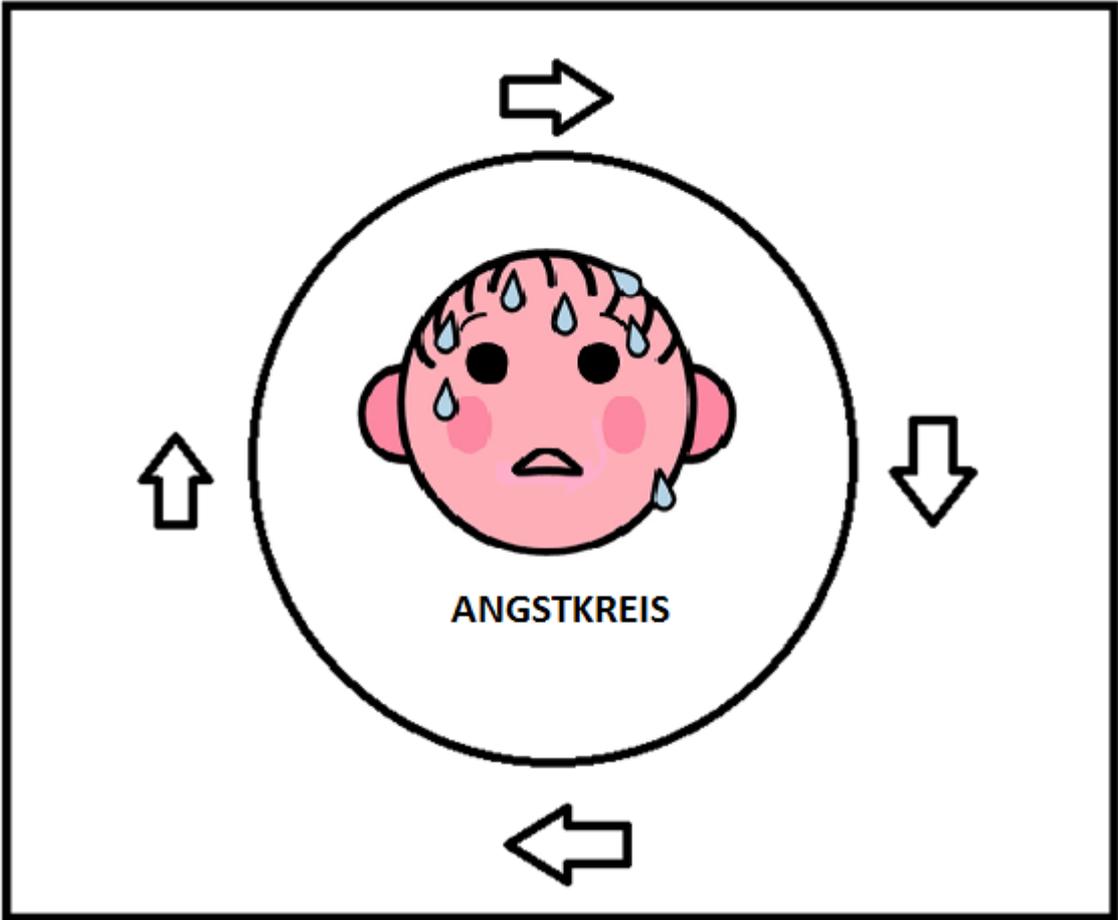
3



4



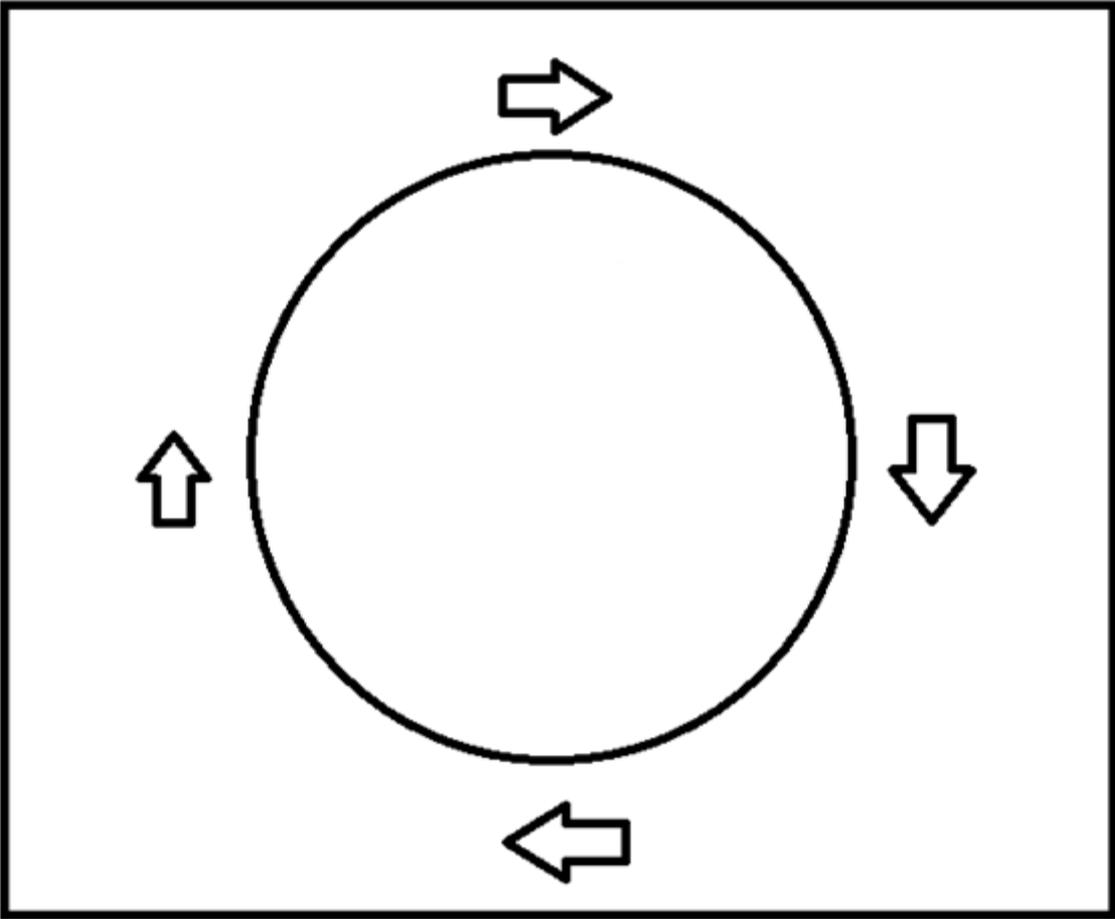
5



Modul 5

Abbildungen 1-4. Vermeidung / Flucht

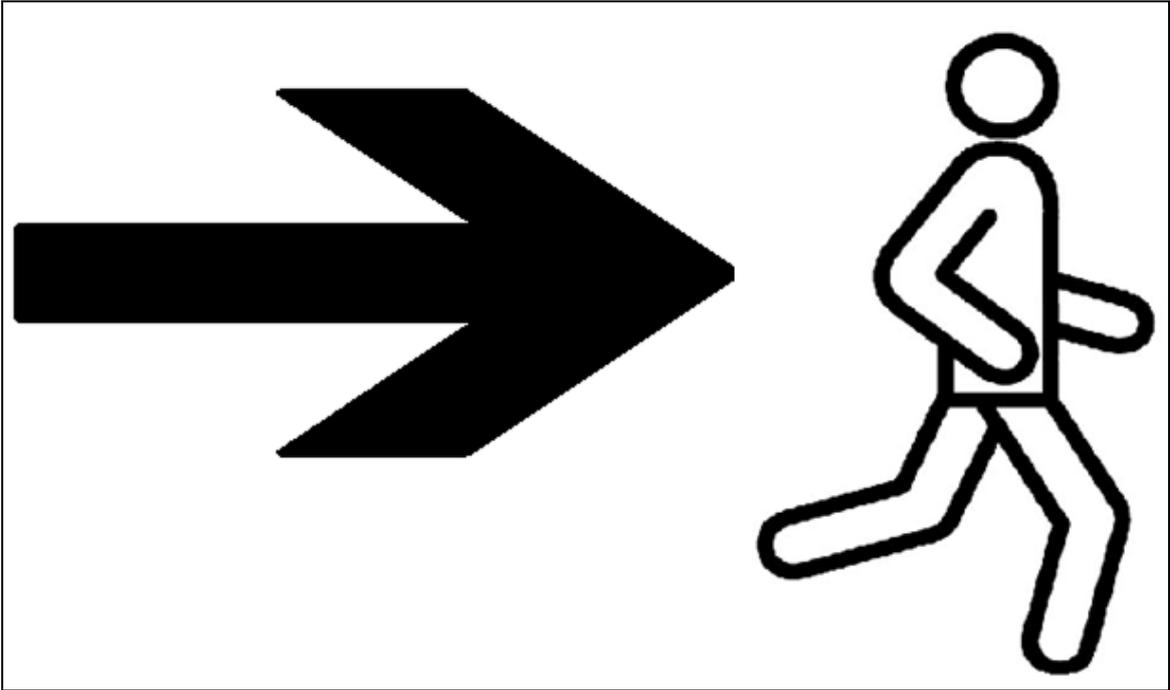
1



2



3



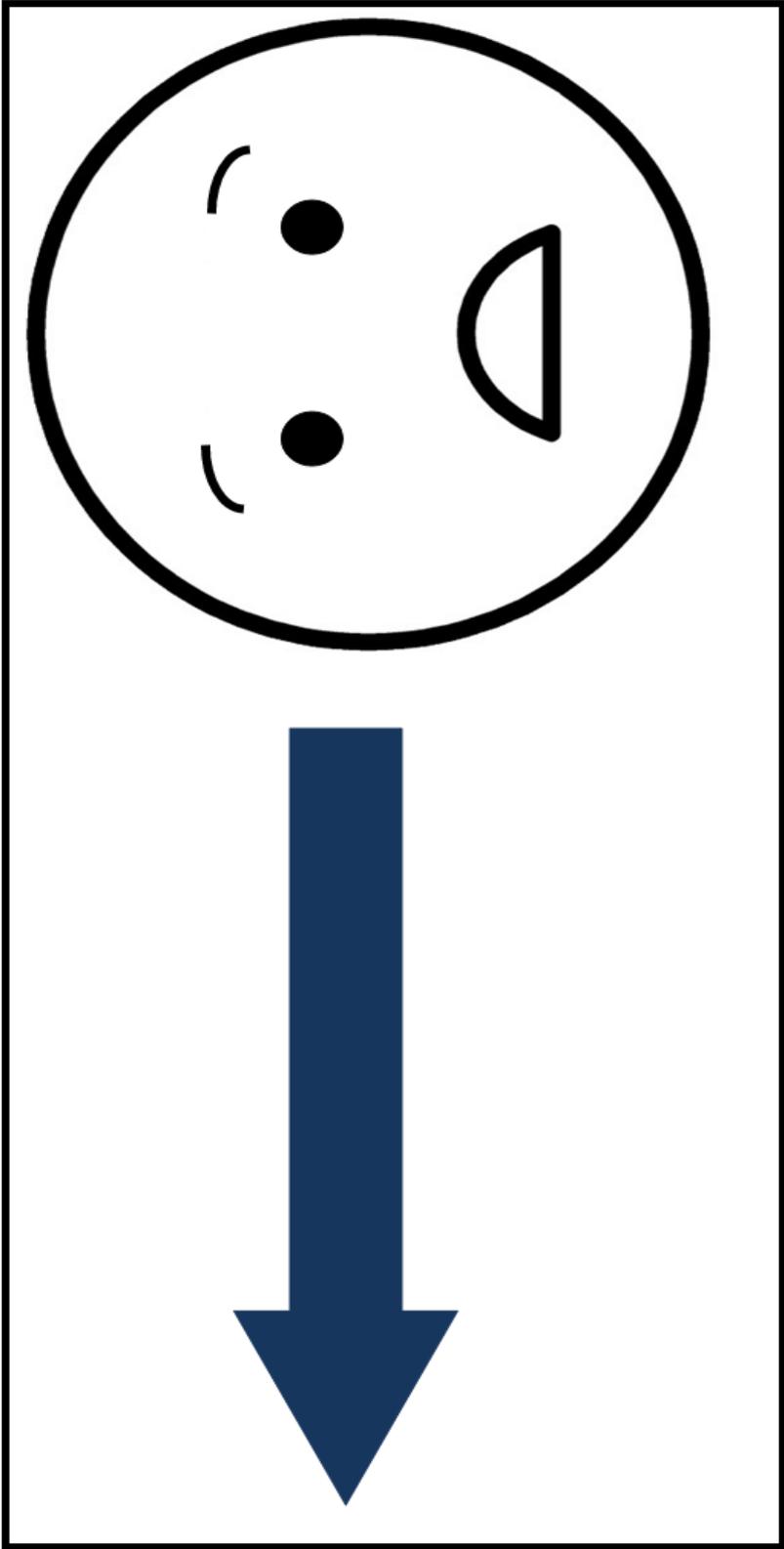
4



Modul 6

Abbildung 1. Angstgrenze

1



Geschichten 1-2. Antons Tag 1+2

Beim Vorlesen der Geschichten gilt: Instruktionen stehen in den Klammern und müssen nicht vorgelesen, sondern nur ausgeführt werden.

Antons Tag 1

Anton hat heute einiges vor.

Ganz früh hat er heute einen Arzttermin.

Bei Doktor Schmidt hat er eine Kontrolluntersuchung.

Anton hat nämlich eine Angsterkrankung.

Er bekommt oft Panik, einfach so.

Doch zurzeit geht es ihm ganz gut damit.

Er fährt also ganz früh zum Arzt, und geht anschließend in die Arbeit.

Das ist ganz schön stressig (Gießereinsatz).

Doch Anton schafft das ganz gut.

Als er auf der Arbeit ist, hat er auch viel zu tun.

Heute gibt es einige neue Aufträge, was stressig ist (Gießereinsatz).

Und alle müssen ganz genau arbeiten und dürfen keine Fehler machen, auch das ist stressig (Gießereinsatz).

Aber das Team schafft das ganz gut.

Am Nachmittag bekommt Anton eine besondere Aufgabe.

Er soll eine neue Mitarbeiterin einarbeiten.

Das heißt, er soll einer fremden Person die Arbeit erklären.

Anton ist etwas aufgeregt und gestresst deswegen (Gießereinsatz).

Doch die Mitarbeiterin ist ganz nett.

Anton kann alles gut erklären.

Nach der Arbeit muss sich Anton beeilen (Gießereinsatz).

Er hat nämlich seine Freundin zum Essen eingeladen.

Dafür muss er noch einkaufen gehen.

Im Laden ist sehr viel los und Anton muss lange an der Kasse warten.

Er wartet und wartet und hat eigentlich gar keine Zeit dafür (Gießensatz).

Doch endlich geht es weiter.

Plötzlich fühlt sich Anton komisch...

Nun kommt er richtig in Stress.

Seine Gedanken werden ganz schnell.

Was wenn die Zeit nicht langt?

Was wenn er nicht rechtzeitig fertig wird?

Was wird wohl seine Freundin denken?

Ob ihr das Essen überhaupt schmecken wird?

(Roter Styroporball wird in den Behälter geworfen).

Doch Anton schafft es, ruhig zu bleiben.

Als er zu Hause angekommen ist, stellt er sich gleich an den Herd.

Anton ist ein guter Koch.

Er schafft es, die Spaghetti Bolognese fertig zu kochen, bevor seine Freundin endlich klingelt.

Und es schmeckt ihr sehr gut.

Antons Tag 2

Anton ist zurzeit nicht so gut drauf.

Denn sein Vater ist sehr krank geworden.

Das stresst Anton sehr, weil er sich ständig Sorgen macht (Gießensatz).

Anton besucht ihn jeden Tag.

Auch wenn er wenig Zeit hat.

Da werden die Tage manchmal sehr stressig (Gießensatz).

Anton wohnt am anderen Ende der Stadt wie sein Vater.

Das heißt, er muss jedes Mal ziemlich lange mit der Bahn fahren.

Anton fährt nicht gerne Bahn, das ist jedes Mal Stress für ihn (Gießensatz).

Er findet es immer so heiße und unbequem in der Bahn (Gießensatz).

Und er findet, dass es stinkt (Gießensatz).

Außerdem mag Anton es nicht, solange unter fremden Leuten zu sein.

Deswegen mag er Bahn fahren auch nicht (Gießensatz).

Heute ist Montag.

Anton will nach der Arbeit wieder zu seinem Vater.

Letzte Nacht gab es ein großes Gewitter.

Anton konnte gar nicht gut schlafen.

Er steht auf und fühlt sich noch immer müde und schlapp.

Hunger hat er auch keinen, deswegen frühstückt er heute nicht.

Also geht er hundemüde und mit leerem Magen (großer Gießensatz) in die Arbeit.

Auf der Arbeit angekommen geht der Stress weiter.

Heute haben sie 3 neue Aufträge, die bis zum Mittag fertig werden sollen (Gießensatz).

Das heißt, jeder muss schnell arbeiten (Gießensatz)

Gleichzeitig müssen alle sehr genau arbeiten (Gießensatz).

Das klappt bei Anton heute leider nicht so ganz.

Er denkt den ganzen Tag an den kranken Vater (Gießensatz).

Anton macht sich eigentlich immer Sorgen um den Vater, da dieser ja krank ist (Gießensatz).

Ein Arbeitsstück gelingt ihm nicht so ganz.

Der Chef ist deswegen nicht zufrieden und schimpft Anton (Gießensatz).

Anton muss das Stück jetzt auseinanderbauen und wieder zusammenbauen.

Jetzt muss er sich noch mehr beeilen (Gießensatz).

Anton fühlt sich richtig schlapp

Da er nichts gegessen hat, wird ihm etwas schlecht (Gießensatz).

Endlich klingelt es zur Pause und Anton kann endlich etwas essen.

Nach dem Essen will er eigentlich ein bisschen entspannen.

Doch da kommt seine Freundin und fragt Anton, ob er mit ihr Kicker spielt.

Anton kann bei seiner Freundin leider nicht nein sagen (Gießensatz).

Also spielt er Kicker mit ihr, obwohl er eigentlich etwas Ruhe möchte (Gießensatz).

Seine Freundin ist in letzter Zeit eh ein bisschen sauer auf Anton, weil der so wenig Zeit hat (Gießensatz).

Das kommt daher, dass Anton ja oft zu seinem Vater fährt (Gießensatz).

Der Nachmittag in der Arbeit geht schnell vorbei.

Auch am Nachmittag ist viel zu tun (Gießensatz).

Nach der Arbeit macht sich Anton gleich auf den Weg zu seinem Vater.

In der Bahn kommt der Schaffner auf Anton zu.

Er will ihn kontrollieren.

Anton hat eigentlich immer eine Karte.

Er sucht sie in seinem Rucksack.

Leider findet er sie nicht gleich.

Er sucht weiter und weiter.

Sein Herz schlägt schon ganz schnell.

Seine Gedanken werden ganz schnell:

Ob die anderen Leute wohl schon gucken?

Ob sie denken, dass er nicht bezahlt hat?

Anton fängt an zu schwitzen.

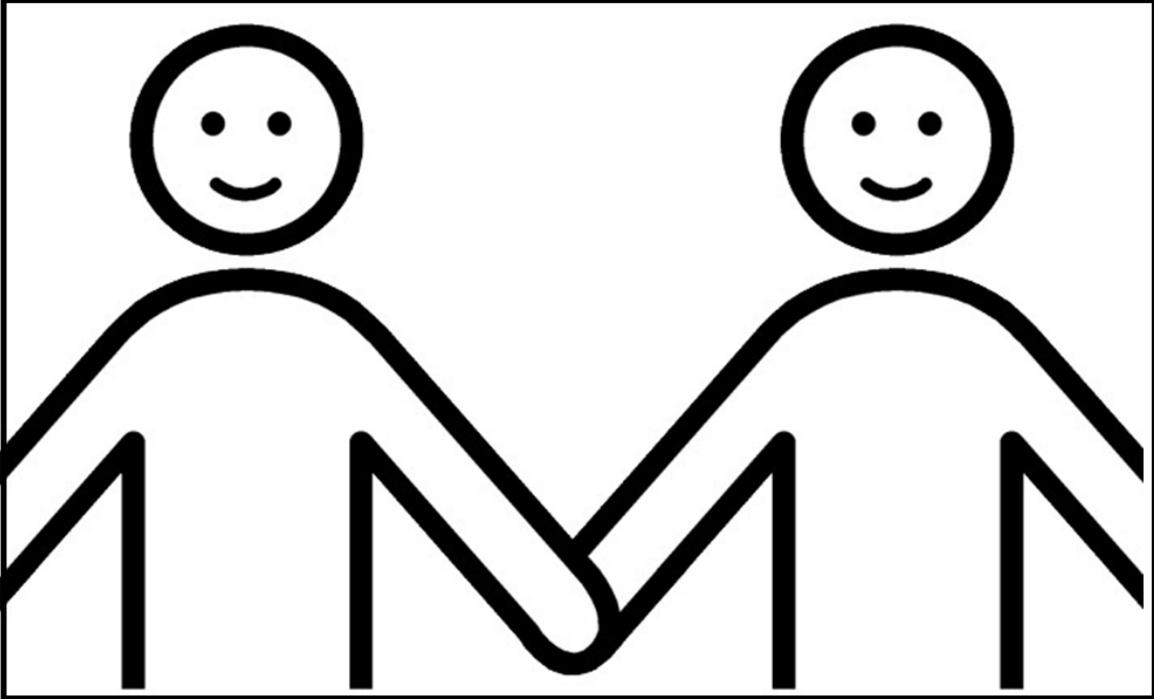
Anton kann sein Ticket einfach nicht finden.

(Roter Styroporball wird in den Behälter geworfen).

Modul 7

Abbildungen 1-5. Stressreduktion im Alltag

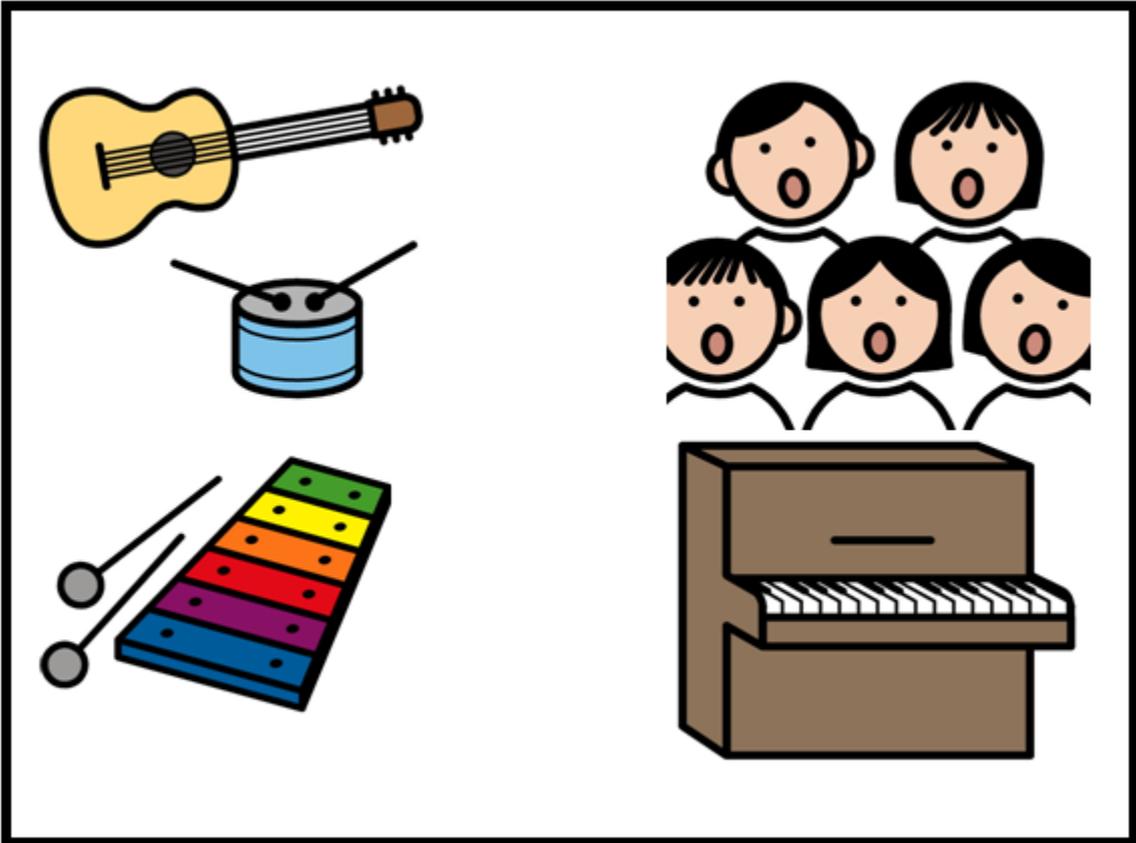
1



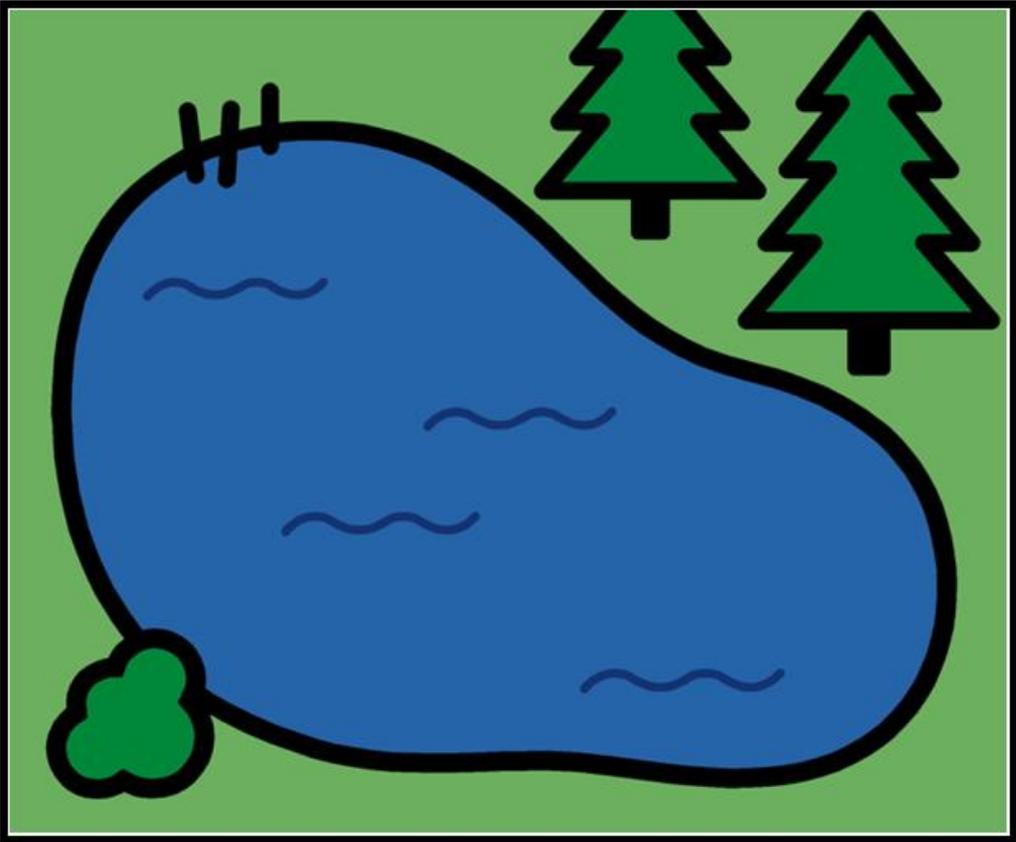
2



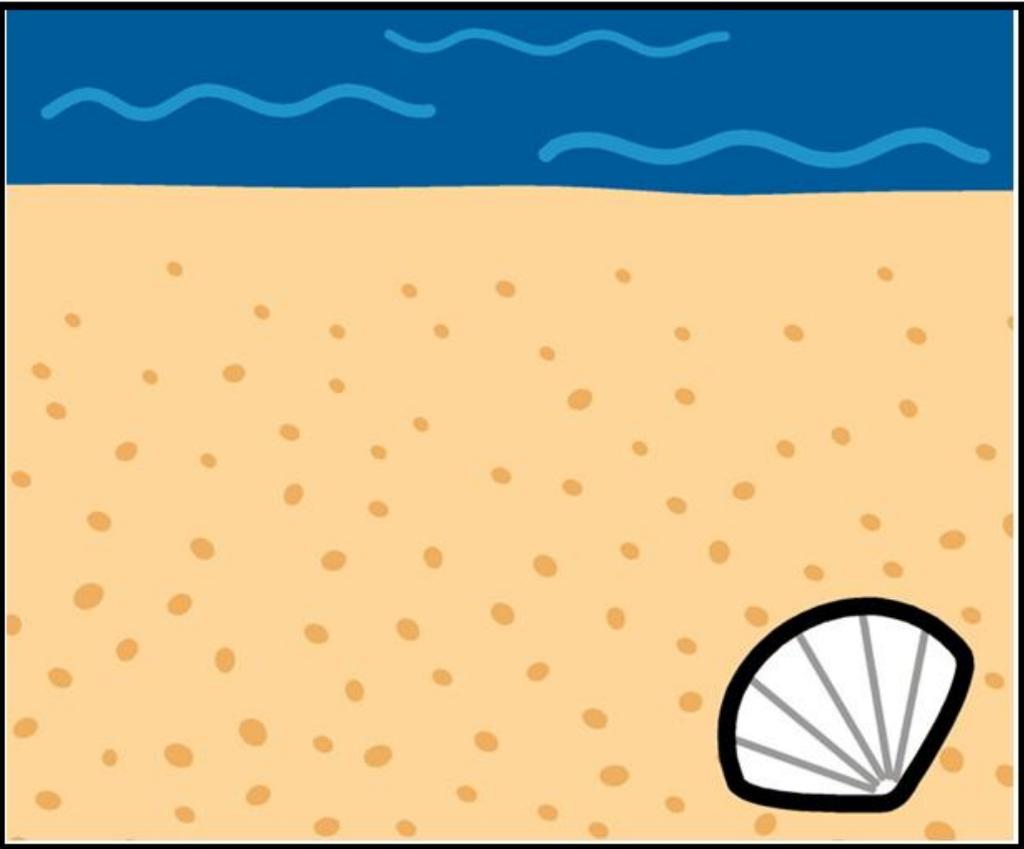
3



4



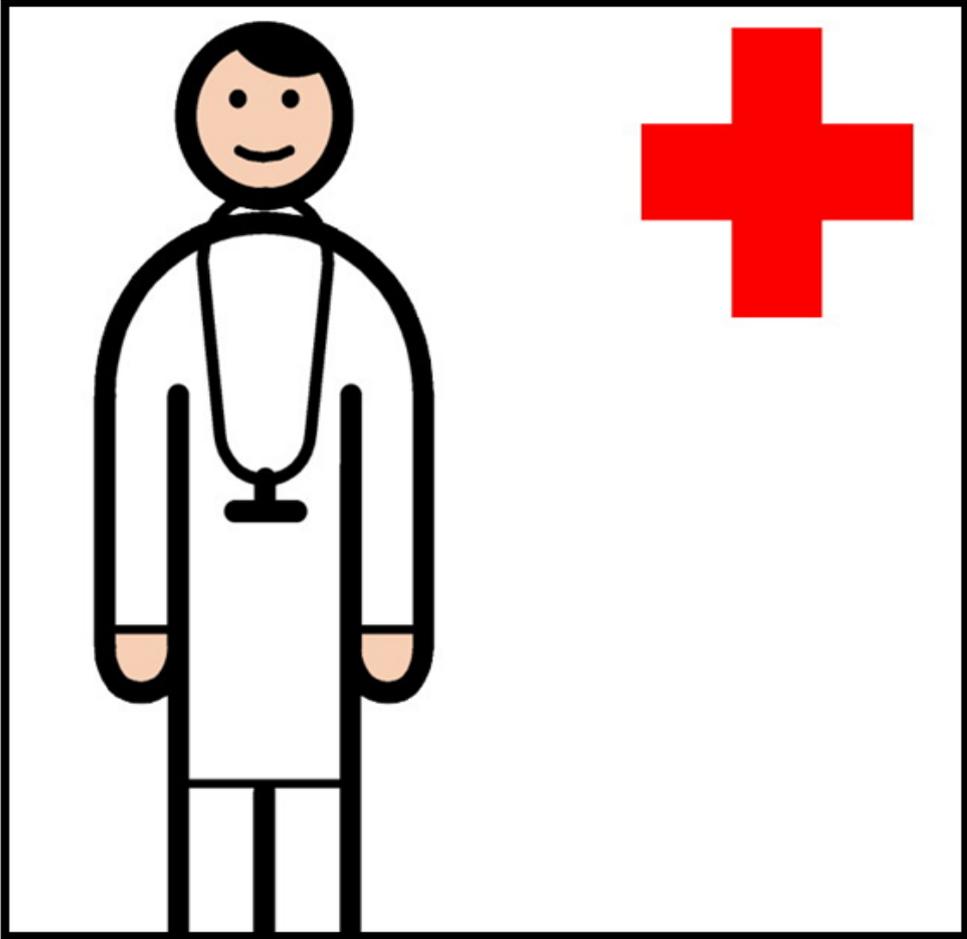
5



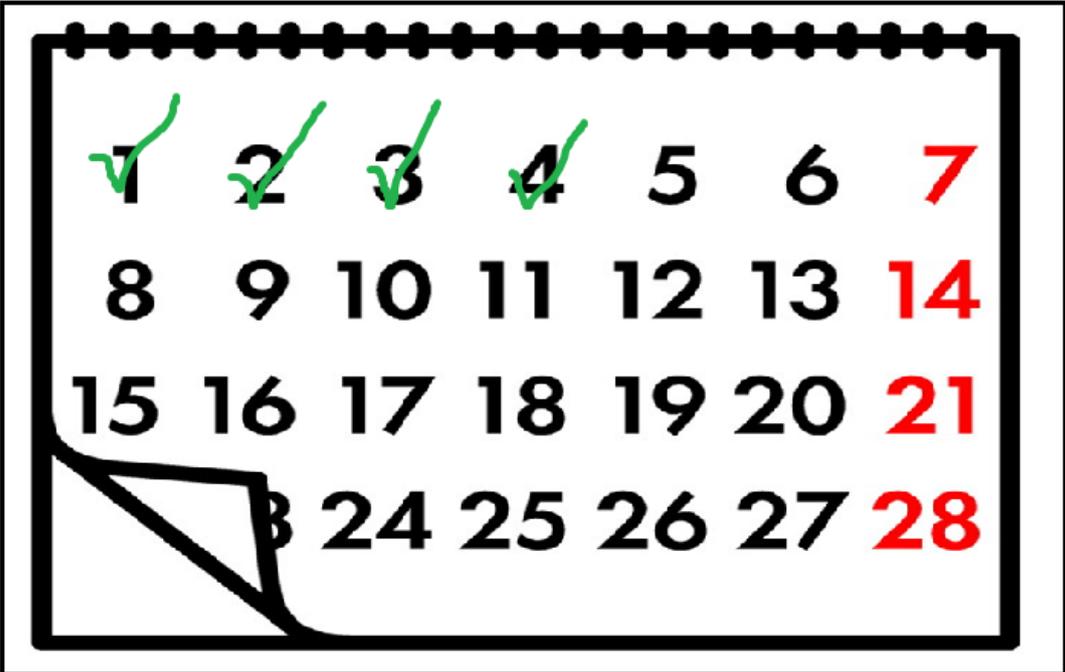
Modul 8

Abbildungen 1-3. Tipps und Regeln zur Medikamenteneinnahme

1



2



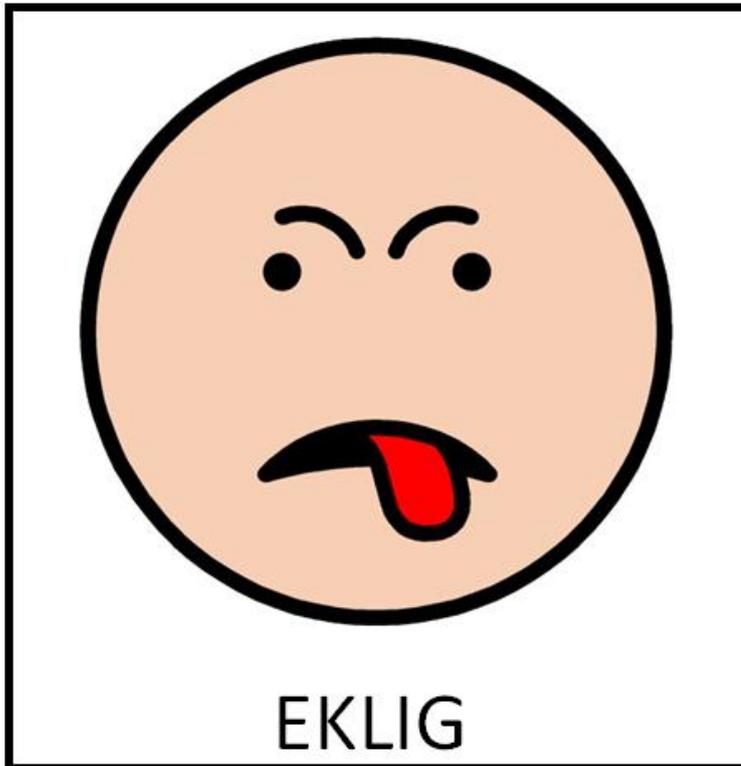
3



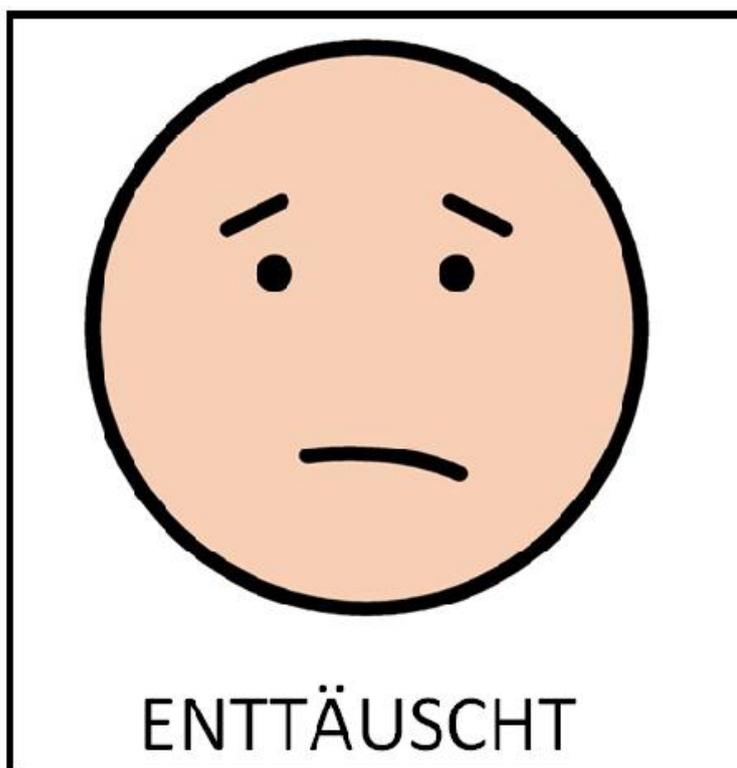
Modul 9

Abbildungen 1-15. Emotionen und Eigenschaften

1



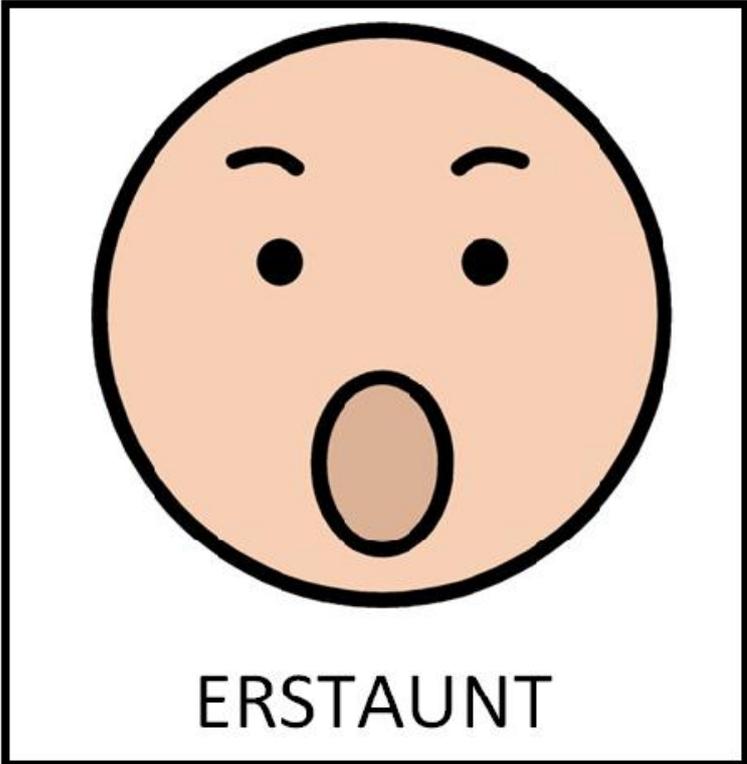
2



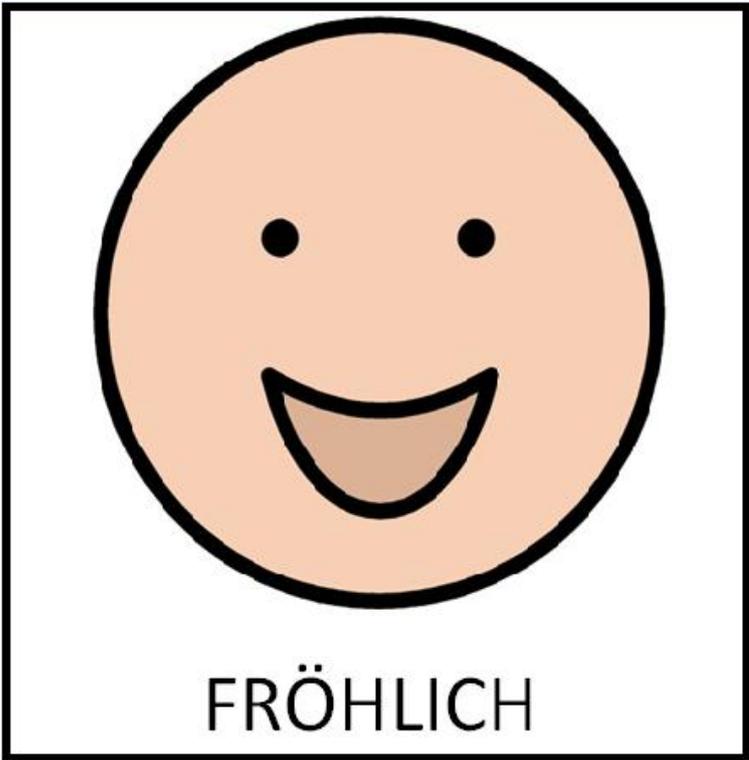
3



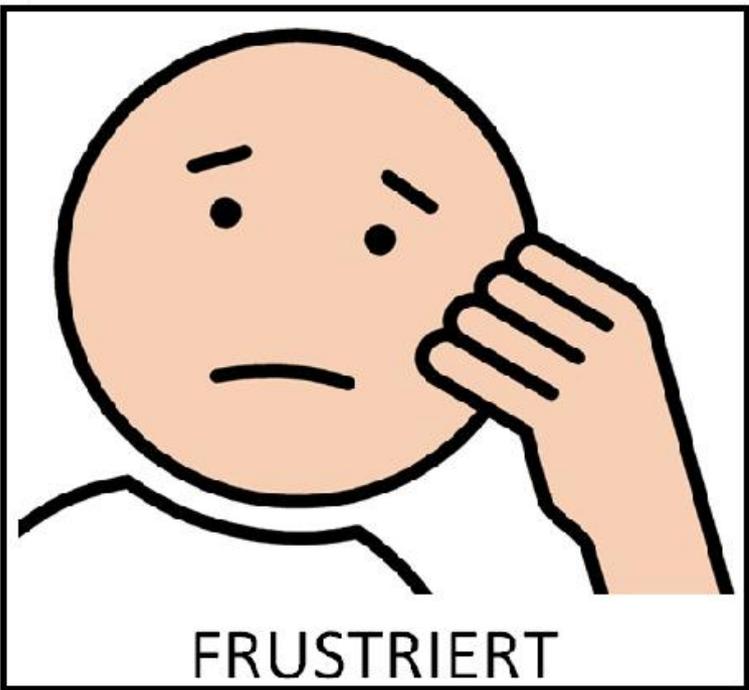
4



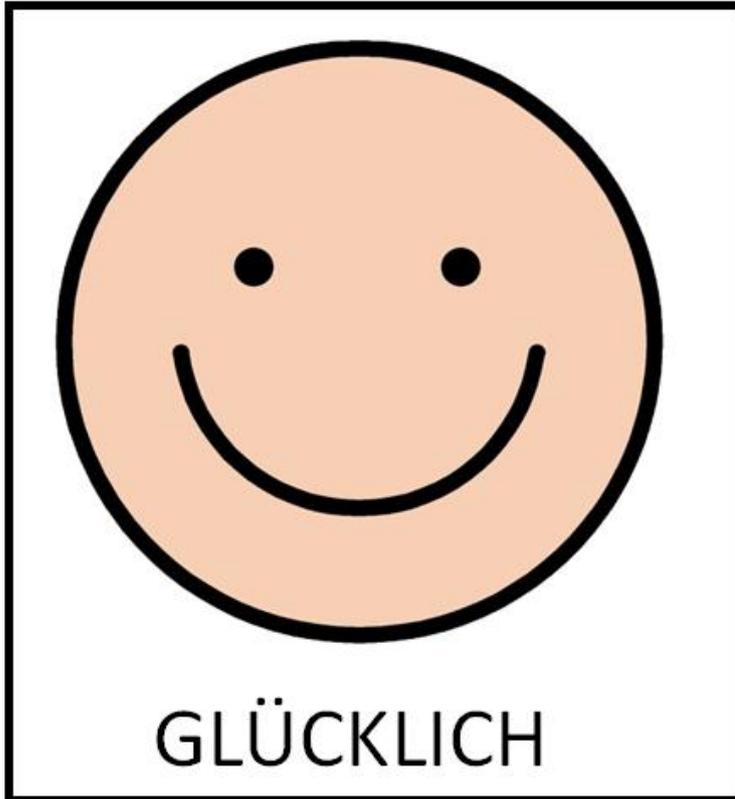
5



6



7



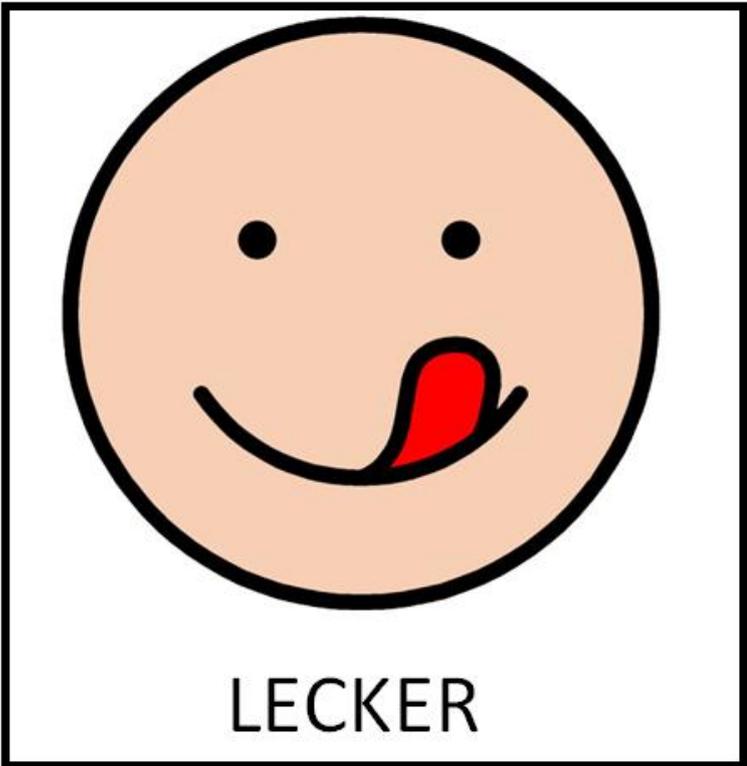
8



9



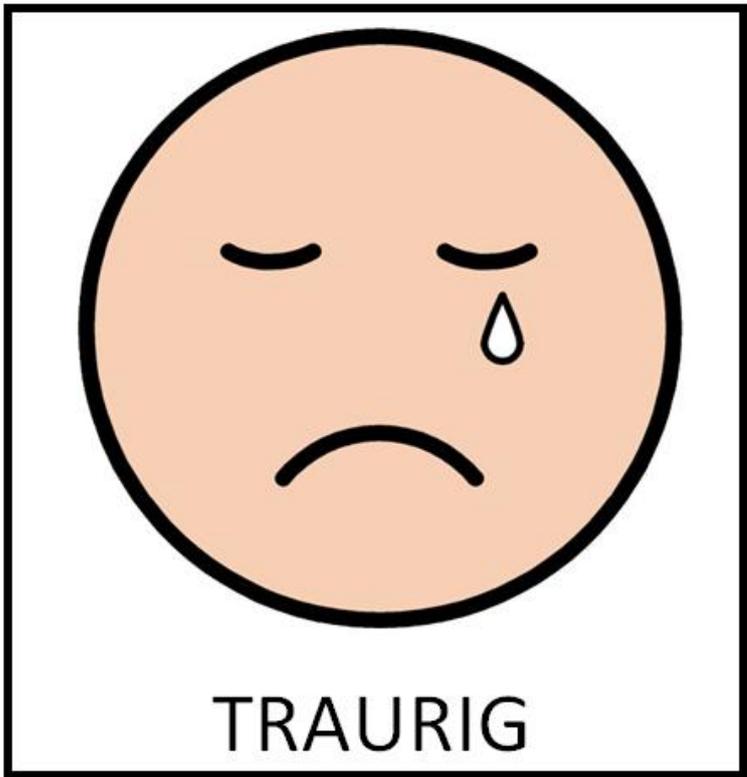
10



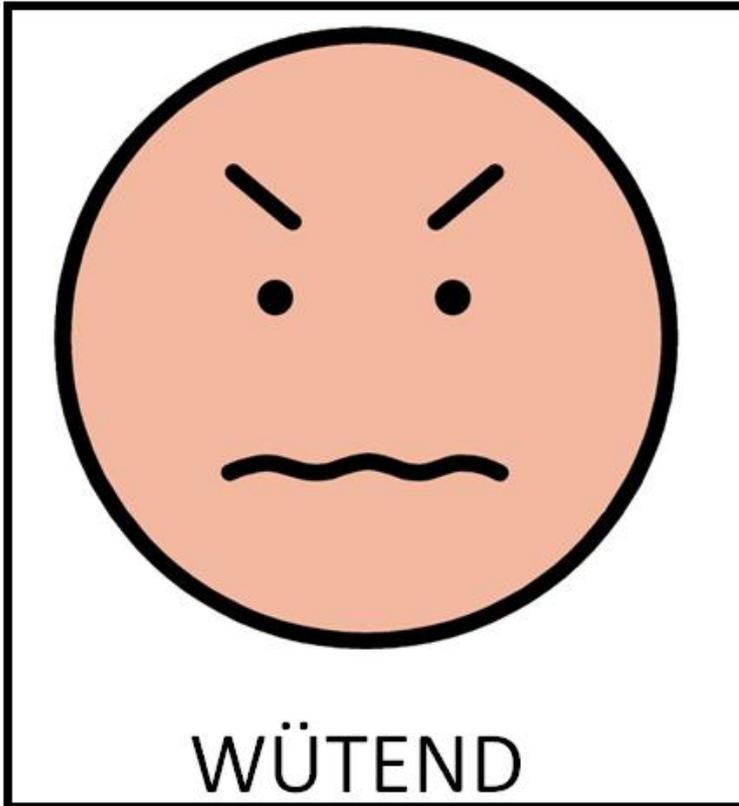
11



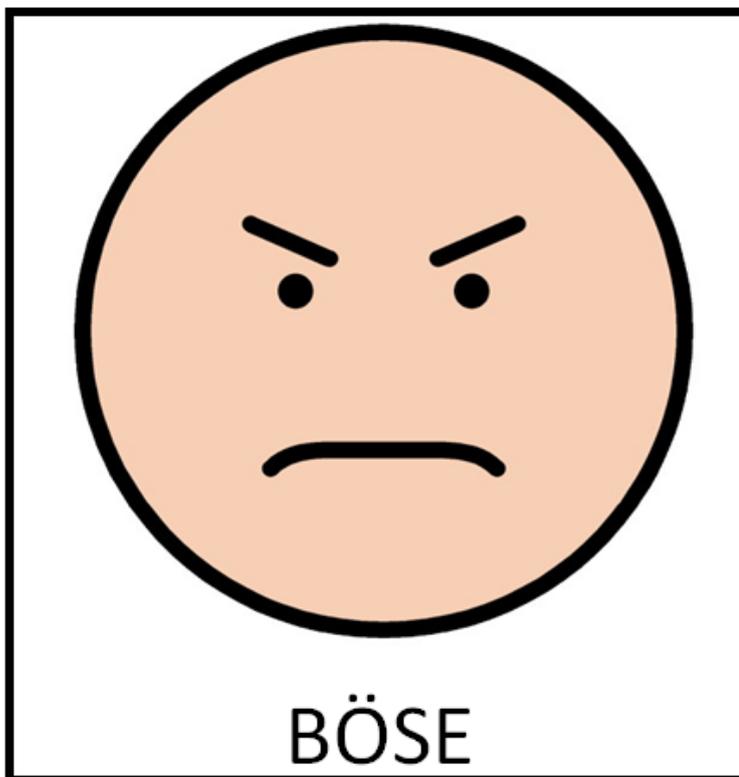
12



13



14



15

