



BUNDEARBEITSGEMEINSCHAFT
TÄTERARBEIT HÄUSLICHE GEWALT e.V.

Zur Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Tätern

Möglichkeiten und Notwendigkeiten

Eine Informationsbroschüre



Zur Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Tätern

Möglichkeiten und Notwendigkeiten
Eine Informationsbroschüre



Impressum

Herausgeberin

Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e.V.
Käthe-Niederkirchner-Straße 36
10407 Berlin
Tel: 030 – 420 88 626
Email: info@bag-taeterarbeit.de
www.bag-taeterarbeit.de

Autor*innen

Stephan Jansen, Simone Gierschner

Mitwirkende

Besonderer Dank gilt Marion Steffens und Andrea Stolte von GESINE Intervention, Roland Hertel, der Lebenshilfe Germersheim und dem Frauenheim Wengern.

Wissenschaftlicher Projektbeirat

Ulrike Röhr (Frauenhaus Essen), Barbara Hönsch (Frauenberatung Meschede), Michael Bergediek (Behindertenbeauftragter Sprockhövel), Monika Rosenbaum (Netzwerk-büro NRW), Jörg Becker (Frauenheim Wengern), Marina Alexius (AWO), Ralf Puchert (Universität Erlangen), Sandra Brunner (Lebenshilfe Germersheim), Marlies Wiesemann (Landschaftsverband Westfalen-Lippe), Martina Schubert (Landschaftsverband Westfalen-Lippe)

Layout

Prussianorange

© 1. Auflage 2023

Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e.V.
Alle Rechte vorbehalten

Diese Broschüre wurde erstellt mit Förderung durch die Aktion Mensch und in Kooperation mit GESINE Intervention (www.gesine-intervention.de).



Inhalt

1. Einleitung	8
2. Die Zielgruppe	9
2.1 Kognition und kognitive Einschränkungen	9
2.2 Lernbehinderung	9
2.3 Ursachen von Intelligenzminderung	10
3. Psychologische Besonderheiten von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung	11
3.1 Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung	11
3.2 Entwicklungsphasen	11
3.3 Besonderheiten der Entwicklung bei Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen	13
3.4 Bindungsprozesse	15
3.5 Basale Bedürfnisse und Motivationen	16
3.6 Regulationsstörungen und Impulskontrolle	18
3.7 Mentalisierung und Theory of Mind	19
4. Ursachen gewalttätigen Verhaltens bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen	20
4.1 Internale Faktoren	20
4.2 Externale Faktoren	22
5. Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Anpassung und Modifikation von Interventionsmethoden	23
5.1 Klärung des Problemkomplexes	23
5.2 Berücksichtigung des Entwicklungsstandes	24
5.3 Einbezug von Betreuungs-/Bezugspersonen	25
5.4 Gruppen- oder Einzelsitzungen	27
5.5 Motivation	28
5.6 Beziehungsgestaltung und die Rolle der Interventionsleitung	29
5.7 Kommunikation und Gesprächsführung	30

6. Konkretere Problemstellungen und Interventionstechniken	33
6.1 Bearbeitung dysfunktionaler Schemata	33
6.2 Selbstmanagement und Selbstinstruktion	35
6.3 Selbstbehauptungstraining	36
6.4 Bearbeitung negativer Affekte	36
7. Körper- und Bewegungsorientierte Verfahren	38
7.1 Ansätze und Wirkkomponenten	38
7.2 Besonderheiten der Interventionsausrichtung	39
8. Barrierefreiheit	41
8.1 Baulich-gestalterische Aspekte	41
8.2 Webpräsenz	41
8.3 Hörbeeinträchtigung	42
9. Befragung der Mitgliedseinrichtungen September 2021	43
9.1 Einleitung	43
9.2 Bedarfsermittlung	43
9.3 Einschätzung der Handlungsfähigkeit gegenüber der Zielgruppe	45
9.4 Interesse an der Arbeit mit der Zielgruppe und an entsprechender Fortbildung	45
Literaturverzeichnis	47

1. Einleitung

Mitgliedseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e.V. (BAG TäHG e.V.) sehen sich vermehrt Anfragen von Tätern Häuslicher Gewalt mit Beeinträchtigungen selbst als auch von Gerichten, Institutionen und Organisationen (bspw. von Organisationen, die mit Menschen mit Beeinträchtigung arbeiten) gegenübergestellt. Diese Anfragen können momentan nicht zufriedenstellend beantwortet werden, da den Mitgliedereinrichtungen bisher keine geeigneten Programme zur Verfügung standen. Entsprechend wurde die BAG TäHG e.V. wiederholt nach einer Hilfestellung in Form geeigneter Programme bzw. deren Entwicklung angefragt, um hier Abhilfe zu schaffen. Insbesondere bei Tätern mit kognitiven, intellektuellen Beeinträchtigungen wird Handlungsbedarf gesehen.

In einer Umfrage an die Mitgliedseinrichtungen der BAG TäHG e.V. im September 2021 wurde unter anderem das geschätzte Anfrageaufkommen von Tätern mit intellektueller Beeinträchtigung innerhalb der vorausgegangenen 12 Monate erhoben. Zwar lassen die Ergebnisse aufgrund von anzunehmenden Selbstselektionseffekten keine einfache Hochrechnung zu, jedoch kann bei konservativer Schätzung von einem jährlichen Gesamtaufkommen von 130 Anfragen aus dem genannten Personenkreis ausgegangen werden. Weiter lässt sich annehmen, dass sich dieses Aufkommen sehr ungleich auf die Mitgliedseinrichtungen verteilt.

Aus derselben Umfrage lässt sich ebenfalls ablesen, dass fast die Hälfte dieser Anfragen von den Einrichtungen zurückgewiesen werden. Die Selbsteinschätzung der Handlungsfähigkeit gegenüber der Zielgruppe auf einer Skala 0 bis 10 wird im Mittel mit 4,9 angegeben. Von knapp zwei Dritteln der teilnehmenden Einrichtungen wurde sowohl Interesse an der Arbeit mit Tätern mit intellektueller Beeinträchtigung als auch an entsprechenden Fortbildungen signalisiert. Bezüglich letzterem galt be-

sonderes Interesse den Methoden und Besonderheiten in der Arbeit mit Tätern mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Detailliertere Informationen zu den Ergebnissen und der Hochrechnungsproblematik finden sich im Kapitel 9. Erste Recherchen zeigten die Nichtexistenz konkreter Täterarbeitsprogramme bezüglich der angedachten Zielgruppe. Darüber hinaus stellte sich die Zielgruppe als äußerst heterogen dar, was eine Konzeptentwicklung nach dem Motto „One-Size-Fits-All“ verbietet. Für die Praxis bedeutet dies, dass zielgruppenspezifischen Täterarbeitsprogrammen eine sehr hohe Flexibilität und Anpassbarkeit inhärent sein müsste. Die Entwicklung solcher Programme ist aber wiederum ohne breite praktische Erfahrungen nicht zu bewerkstelligen. Als ein Schritt auf diesem Weg sollen mit dieser Handreichung nun den Täterarbeitseinrichtungen Informationen zur Zielgruppe selbst sowie Möglichkeiten zur notwendigen Modifikation und Anpassung von Interventionsmethoden an diese Zielgruppe verfügbar gemacht werden. Orientiert wurde sich dabei an bereits verfügbaren heilpädagogischen oder psychotherapeutischen Konzepten, welche für andere Kontexte bereits bestehen.

In zwei Gruppen an den Standorten Wengern und Gernersheim mit insgesamt zehn Teilnehmern konnten bereits einige Erfahrungen im Umgang mit intellektuell beeinträchtigten Klienten gesammelt werden. Diese werden im Folgenden an geeigneten Stellen einfließen. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl kann aber diesbezüglich keine wissenschaftlich abgesicherte Allgemeingültigkeit beansprucht werden.

Insgesamt kann und soll die hier vorliegende Zusammenstellung keinen Anspruch auf detailreiche Vollständigkeit erfüllen, sondern soll in erster Linie als Anregung und Überblick zur Orientierung dienen, um eine informierte Entscheidung bezüglich der Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Tätern zu ermöglichen.

2. Die Zielgruppe

2.1 Kognition und kognitive Einschränkungen

Unter kognitiven Fähigkeiten werden in der Regel intellektuelle Funktionen wie Aufmerksamkeit, Wahrnehmungsfähigkeit, Schlussfolgern, Abstraktionsvermögen, Merkfähigkeit, Planen und Problemlösen verstanden.

Personen mit deutlichen Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit stellen einen äußerst heterogenen Personenkreis dar. Wenn nur allein die allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit im Sinne eines zumindest theoretisch psychometrisch messbaren Intelligenzquotienten (IQ) zugrunde gelegt wird, unterscheidet das von der WHO herausgegebene „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ in der zehnten Version (ICD-10, Kap. V, F70 – F73; Auhuber, T. C., & Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2021) vier Schweregrade von Intelligenzstörungen:

- Leichte Intelligenzminderung: IQ von 50 bis 69
- Mittelgradige Intelligenzminderung: IQ von 35 bis 49
- Schwere Intelligenzminderung: IQ von 20 bis 34
- Schwerste Intelligenzminderung: IQ unter 20

Die Intelligenzstörung wird hier definiert als „[...] Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten“.

Ausgeschlossen sind in dieser Definition jedoch der Verlust von bereits erworbenen Fähigkeiten durch Erkrankungen oder Traumata wie z.B. Demenz oder unfallbedingte Hirnschädigungen. Auch wird hier hauptsächlich auf die intellektuellen Fähigkeiten referiert.

Das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebene Klassifikationssystem psychischer Störungen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ in der fünften Version (DSM-V; Falkai, P. & American Psychiatric Association, 2015) unterscheidet unter der Rubrik „Intellektuelle Beeinträchtigung“ ebenfalls vier Schweregrade, bietet jedoch auch nähere, beschreibende Angaben zu darüber hinausgehenden psychosozialen und adaptiven Funktionen, welche ebenfalls beeinträchtigt sein können.

In der deutschsprachigen Literatur findet der entsprechende Begriff der geistigen Behinderung in Ermangelung einer einheitlichen, allgemein anerkannten Alternative immer noch weitgehende Akzeptanz. Aufgrund der mit einer Intelligenzminderung häufig einhergehenden Beeinträchtigung auch weiterer, sehr unterschiedlicher geistiger Tätigkeiten wie psychosoziale oder emotionale Funktionen gilt dieser noch als die beste und umfassendste Beschreibung (Lingg & Theunissen, 2017; Neuhäuser, Steinhausen, Häbeler & Sarimski, 2013). Hier ist schon erkennbar, dass der alleinige Blick auf die intellektuellen Defizite im Sinne eines globalen IQs zu kurz greift. Weitere Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung müssen darüber hinaus berücksichtigt werden. Weiter unten wird auf diese Aspekte noch näher eingegangen.

2.2 Lernbehinderung

Die Intelligenzstörung oder auch geistige Behinderung ist abzugrenzen von der vor allem im deutschsprachigen Raum so bezeichneten Lernbehinderung (learning disability im brit. Sprachraum), unter der ein andauerndes unfähiges Schulversagen verstanden wird. In den Klassifikationssystemen psychiatrischer Diagnosen kommt das ICD-10 mit einer nicht näher bezeichneten Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (F81.9) dieser wohl am nächsten. Ansonsten finden sich sowohl im ICD-10 als



auch im DSM-V vor allem spezifisch umrissene Störungen schulischer Fertigkeiten wie Lese- und Rechtschreibstörungen, Dys- bzw. Akalkulie und ähnliche.

Der Deutsche Bildungsrat setzt für den Besuch einer Förderschule das Vorliegen einer Minderbegabung voraus. Diese ist gegeben, wenn der mit einem standardisierten Intelligenztest gemessene IQ zwischen 55 und 85 liegt, also höchstens im Bereich unterdurchschnittlicher Intelligenz (IQ 70 bis 84) angesiedelt ist. Der erkennbare Überschneidungsbereich mit einer leichten Intelligenzminderung nach ICD-10 macht deutlich, dass eine genaue Abgrenzung zur zumindest leichten geistigen Behinderung nicht zu ziehen ist. Andere Autor*innen (z.B. Steinhausen, Häßler & Sarimski 2013) sehen die Lernbehinderung ausschließlich im Bereich unterdurchschnittlicher Intelligenz angesiedelt.

2.3 Ursachen von Intelligenzminderung

Deutliche Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit können auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt werden, die aber in vielen Fällen nicht eindeutig erfassbar sind. Im Sinne einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung können verschiedenste Syndrome mit Intelligenzminderung einhergehen, müssen dies aber nicht, wie z.B. bei einer autistischen Störung. Bei einigen ist die verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit Teil des Syndroms.

In den meisten Fällen schwererer Formen intellektueller Beeinträchtigung liegen dieser pränatale und/oder genetische Faktoren zugrunde, so z.B. beim Down-Syndrom, dem Fragilen-X-Syndrom als zweithäufigste Ursache geistiger Behinderung, dem Williams- und dem Angelman-Syndrom und verschiedener teratogener oder neurodegenerativer Syndrome wie dem fetalen Alkoholsyndrom. Diese zeigen auch häufig Dysmorphiezeichen und auffällige Phänotypen (von Gontard, 2013).

Die geistigen Beeinträchtigungen selbst ergeben sich vermutlich aus gestörten oder verlangsamten Reifungsprozessen mehr oder weniger spezifischer Hirnstrukturen, aus unzureichenden Ausbildungen synaptischer Verknüpfungen oder auch aus Störungen in den Transmittersystemen, was wiederum auf den Einfluss genetischer, mechanischer oder toxischer Einflüsse zurückgeführt werden kann (Došen, 2018). Es ist naheliegend, dass die genannten Faktoren nicht nur zu Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit im Sinne eines psychometrisch erfassbaren Intelligenzniveaus führen, sondern auch weitere Aspekte der Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung im Sinne einer allgemeineren psychosozialen Entwicklung betreffen. Darauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

3. Psychologische Besonderheiten von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung

3.1 Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung

Unter Persönlichkeit können charakteristische Verhaltensweisen und Interaktionsstile einer Person im Austausch mit ihrer Umwelt verstanden werden. Darunter fallen motivationale, kognitive und emotionale Aspekte im Sinne von Dispositionen zum Erleben und Verhalten in Bezug auf das Selbst und die dingliche sowie soziale Umwelt, deren individuelle Ausprägungen und komplexe Wechselwirkungen ein für jede Person einzigartiges Muster bilden. Ausdruck findet die Persönlichkeit oder Persönlichkeitseigenschaften in individuell spezifischen Reaktionsweisen und Bedürfnissen (Fiedler & Herpertz, 2016; Došen, 2018).

Persönlichkeit kann sowohl aus einer entwicklungspsychologischen oder einer differenziell-psychologischen Perspektive betrachtet werden. Während letztere vor allem interindividuelle Unterschiede betont und Persönlichkeit als weitgehend zeitlich stabiles Muster annimmt, widmet sich die entwicklungspsychologische Perspektive primär den intraindividuellen Veränderungen über die Zeit (Fiedler & Herpertz, 2016).

Innerhalb der Persönlichkeitspsychologie wird seit langem diskutiert, ob Leistungsaspekte mentaler Funktionen wie Intelligenz oder Gedächtnisleistungen als Teil der Persönlichkeit behandelt werden sollen. Eine Wechselwirkung zwischen Fähigkeiten und Eigenschaften im Sinne von individuellen Bedürfnis- und Motivationsstrukturen, emotionaler Ansprechbarkeit bzw. Reaktivität oder Interessen sind aber stark anzunehmen. Vor allem unter einer entwicklungspsychologischen Perspektive sollten diese nicht vernachlässigt werden. Das kann so verstanden werden, dass bestimmte mentale Fähigkeiten anstoßend oder fördernd auf die Persönlichkeitsentwicklung wirken bzw. bei entsprechender Beeinträchtigung diese hemmen können.

Sensomotorische, soziale, emotionale und kognitive Aspekte interagieren und stimulieren sich gegenseitig in der Reifung der Persönlichkeit und der Adaptation an die Umwelt.

Eine psychodynamische Sicht auf die Persönlichkeitsentwicklung bzw. psychosoziale Entwicklung betont unter anderem die Ausbildung, Differenzierung und Integration verschiedener Ich-Funktionen innerhalb einer Persönlichkeitsstruktur. Darunter fallen z.B. Fähigkeiten zur realistischen, ganzheitlichen Selbst- und Objektwahrnehmung, inkl. Selbst-Objekt-Differenzierung und der Affektdifferenzierung, die Steuerungsfähigkeiten von eigenen Impulsen, Affekten und Selbstwert sowie der Beziehungsregulation (Objektbezug), die emotionale Kommunikation nach innen (Affekterleben) und außen (Affektmitteilung, Empathie) und auch die Ausgestaltung innerer Bindungen (Objektrepräsentanzen und deren Nutzung) und äußerer Beziehungen (Bindungsfähigkeit). Damit in Zusammenhang stehen weitere Konzepte wie z.B. Affekt- und Frustrationstoleranz (Cierpka & Arbeitskreis OPD, 2014).

3.2 Entwicklungsphasen

Da Entwicklung kontinuierlich stattfindet und auch aufgrund der großen interindividuellen Variabilität auch normaler Entwicklung, kann jede Art der Einteilung in definierte Abschnitte nur als eine Näherung an die Realität betrachtet werden.

Nach Došen (2018, 2005) bestimmt vor allem die emotionale Entwicklung die Persönlichkeitsentwicklung über sehr weite Strecken. Bereits Neugeborene sind in der Lage einfache Emotionen zu zeigen, wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Während des ersten Lebensjahrs sind emotionale Antworten durch Interaktionspartner modulierbar (Sappok & Zepperitz, o.J.).



Input und Verarbeitung externer Reize stimulieren die Integration kognitiver und emotionaler Entwicklung, was zu einer Vorstellung vom eigenen Dasein, einer internen Selbstrepräsentation, beiträgt. Dies kann als erster Schritt zur Formung einer Persönlichkeit angesehen werden. In den ersten sechs Lebensmonaten, der Adaptationsphase, spielen vor allem die Befriedigung physischer und psychischer Bedürfnisse im Sinne des Erhalts einer psychophysiologischen Homöostase eine wichtige Rolle. In dieser Phase etablieren sich für die weitere psychosoziale Entwicklung wichtige Prozesse, z.B. die Regulation physiologischer Bedürfnisse, die Differenzierung und Integration sensorischer Stimuli, motorische Aktivität, Kommunikations- und Bindungsverhalten und die Ausbildung von Schemata eigener Handlungen und Reaktionen, was eine zunehmende Kontrolle der zuerst rein reflexiven Aktivitäten erlaubt.

Während der Sozialisationsphase, etwa zwischen dem sechsten und 18. Monat, finden wichtige Bindungsprozesse statt. Eine sichere Bindung (affektive Objektkonstanz) ist Voraussetzung für Vertrauen und emotionale Sicherheit. Meist findet eine selektive Bindung an eine primäre Bezugsperson (meist die Mutter) statt. Gleichzeitig erlaubt eine sichere Bindung auch die zunehmende räumliche Distanz zur Bezugsperson, was dem aufkommenden Explorationsverhalten und den im späteren Entwicklungsverlauf anstehenden Autonomiebestrebungen förderlich ist. Die kognitive Entwicklung ist geprägt von einem Übergang von externer Erregungsregulation zu interner Selbstregulation, was auch die Bewältigung von Stress beinhaltet. Aus internalisierten sensomotorischen Aktivitäten und der Erkenntnis eigener Wirksamkeit entsteht rudimentär intentionales Verhalten und die Fähigkeit zur Antizipation von Effekten. Eine innere Repräsentation der Struktur der Außenwelt (Raum, Zeit, Objekte, Personen) verfestigt sich.

Im weiteren Verlauf, zwischen dem 18. und 36. Lebensmonat (Individuationsphase), führt die Bewusstwerdung der Existenz Anderer zu weiterer sozialer Entwicklung. Die Bildung interner Repräsentationen anderer Personen sind Voraussetzung für ein empathisch wahrnehmbares Gegenüber und der Selbst-Fremd-Differenzierung. Die Autonomie und damit die Fähigkeit, sich von der Bezugsperson zu entfernen, nimmt zu. Kommunikation findet visuell und auditiv auch über Entfernung statt. Der eigene Wille wird vertreten, zuerst destruktiv, stur, dann zunehmend konstruktiv und kooperativ. Kognitive Schemata werden zunehmend genutzt, die Fähigkeit zur Kombination sensorischer Erfahrungen wächst. Denkweisen sind aber noch unmittelbar auf die eigenen Erfahrungen bezogen. Motorische Aktivitäten werden zielgerichteter eingesetzt. Die Selbsteinschätzung ist unrealistisch. Emotionale Zustände anderer können ab dem dritten Lebensjahr durch provokantes oder kooperatives Verhalten bewusst manipuliert werden. Sauberkeitsverhalten entsteht.

Mit dem Erreichen des dritten Lebensjahres sind die grundlegenden Voraussetzungen für die weitere Persönlichkeitsentwicklung gelegt. Die anschließende Identifikationsphase (3. bis 7. Lebensjahr) ist geprägt von der Ich-Bildung inklusive einer Ich-zentrierten Weltsicht, der Identifikation mit Rollenmodellen und der Entwicklung sozialer Fertigkeiten. Beginnendes abstraktes Denken (symbolisch, intuitiv und prälogisch) und die Fähigkeit zur Perspektivübernahme („Theory of Mind“) werden erworben. Vorschulkinder verfügen bereits über basale Einblicke in Ursachen und Konsequenzen von Gefühlen. Die Differenzierung und Regulation eigener Emotionen gelingt zunehmend. Unscharfe Realitäts-Fantasie-Grenzen und magisches Denken erlauben die Vermengung von realen und imaginären Objekten und Erfahrungen zu einer eigenen Welt, in der das Kind sich allmächtig fühlen kann. Die Übernahme von Regeln und Normen des sozialen Lebens resultiert in der beginnenden Ausbildung

von Gewissen, das Über-Ich ist jedoch zu großen Teilen noch externalisiert. Es kommt verstärkt zu Konflikten mit Autoritäten und sozialen Verhaltensregeln, welche auch aufgrund der noch unausgereiften Impulskontrolle sehr heftig werden können.

Im Grundschulalter bis zum 12. Lebensjahr (Phase des Realitätsbewusstseins) schreitet die Entwicklung der Empathiefähigkeit, des pro-sozialen Verhaltens und der Gewissensbildung deutlich voran. Das Streben nach sozialer Akzeptanz erzeugt eine hohe Priorität des Erwerbs sozialer Kompetenzen, insbesondere von Konzepten wie Loyalität, Verbundenheit mit Anderen, Vertrauen und Respekt. Es bildet sich ein moralisches Ich heraus, in dem moralische und religiöse Ideen fest verwurzelt werden, was wiederum Regelkonformität erzeugt. Das Ich ist aber immer noch auf die Urteile anderer angewiesen. Probleme mit der Affekt- und Aggressionsregulation sind immer noch vorhanden. Die fortschreitende Berücksichtigung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen unter Berücksichtigung realer Objekte und Situationen begünstigen die Ausbildung logischen und reflektierten Denkens. Lernen findet aber immer noch vorwiegend anhand konkreter Erfahrungen und durch Vorbilder statt.

3.3 Besonderheiten der Entwicklung bei Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Stand und Qualität der Persönlichkeitsentwicklung bzw. psychosozialen Entwicklung spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung und der Ausgestaltung von Verhaltensproblemen und psychischen Störungen (Došen, 2018). Grundsätzlich unterscheiden sich Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht in der grundlegenden Abfolge ihrer psychosozialen Entwicklung (Došen, 2018). Es besteht jedoch ein deutlich erhöhtes Risiko für eine verzögerte oder unvollständige Entwicklung (Sappok & Zepperitz, o.J.). Der Entwicklungsprozess

dauert länger und findet seinen Endpunkt in der Regel auf einem niedrigeren Niveau (Došen, 2018). Nach Došen (2018) wird, trotz großer interindividueller Variabilität, das Entwicklungsalter von 12 Jahren als Obergrenze der psychosozialen Entwicklung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung angesehen.

Die bei Betroffenen häufig beobachtbaren Defizite in der kognitiven Verarbeitung von Informationen (verlangsamte Arbeitsgeschwindigkeit, ineffizientere Nutzung des Arbeitsspeichers, reduzierte Hemmung von irrelevanten Reizen und Reaktionen, unzureichende Planung und Kontrolle der Arbeitsschritte bei Problemlöseprozessen) erschweren auch das Erlernen von praktischen und sozial-emotionalen Fähigkeiten, welche für eine Alltagsbewältigung relevant sind (Sarimski, 2013) und was wiederum auf die Persönlichkeitsentwicklung zurückwirken kann.

„Das Gelingen der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen setzt die Fähigkeit zum Erfassen sozial relevanter Hinweise, eine angemessene Situationsbewertung, das Wissen um Lösungsstrategien zur Abstimmung von Zielen und zur Lösung von Konflikten sowie die Antizipation von Konsequenzen des eigenen Handelns voraus. Schwierigkeiten der Aufmerksamkeitssteuerung, Speicherung und Selbstregulation bei der Problemlösung erschweren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung auch den Erwerb solcher sozialen Kompetenzen“ (Sarimski, 2005 zit. nach Sarimski, 2013, S. 55).

Schwierigkeiten entstehen insbesondere in der Loslösungs- und Individuationsphase (18. Bis 36. Lebensmonat): Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung lernen die Welt von vorneherein über dominante Bezugspersonen kennen, welche aktivere Rollen in der Interaktion übernehmen, um sich an die besondere Bedürftigkeit der Kinder anzupassen. Vorwiegend durch die soziale Um-





welt initiierte und geleitete Aktivitäten hemmen aber die Ausbildung eines reifen Über-Ichs, was wiederum die Selbstwertproblematik verschärfen und zu Schwierigkeiten mit der autonomen Handlungskompetenz führen kann. Einerseits kann eine Überbehütung und die damit einhergehende Unterforderung zu mangelnder Risikobereitschaft und Abhängigkeit führen. Die Ich-Bildung und Entwicklung von Autonomie wird damit erschwert und es können sich narzisstisch-aggressive Tendenzen zeigen. Auf der anderen Seite kann durch überhöhte Leistungsanforderungen, welche häufig mit einer Verdrängung der Problematik einhergehen, eine Überforderung entstehen, die zu Ängsten und Versagensgefühlen führen. Eine Neurotisierung, also die Ausbildung entsprechender überdauernder psychischer Auffälligkeiten und Symptome, können die Folge sein. Diese wiederum können sich unter anderem in Aggressionshemmungen, aber auch Aggressionsdurchbrüchen und auch in der Blockierung sensorischer und kognitiver Handlungskompetenzen zeigen (vergl. Auch Lingg & Theunissen, 2017). Menschen mit einer Intelligenzminderung zeigen mitunter auch deutliche Defizite (Verzögerungen, Unvollständigkeit) in der emotionalen Entwicklung, der eine gewichtige Rolle zugestanden wird (Došen, 2018; Sappok et al., 2014; Sappok & Zepperitz, o.J.). Hierunter ist die Ausbildung von Fähigkeiten wie z.B. zur Differenzierung und Regulation von emotionalen Zuständen, dem Verständnis von Ursachen und Konsequenzen von Emotionen, aber auch der Mitteilung solcher Zustände zu verstehen. Aufgrund der Beeinträchtigung in diesem Bereich nicht oder unzureichend erfüllte Entwicklungsaufgaben können eine darauf aufbauende weitere psychosoziale und emotionale Reifung hemmen oder gar verhindern, welche wiederum als Basis für die Ausbildung von differenzierteren Persönlichkeitsstrukturen und Selbstkonzepten fungiert. Die Ausbildung von Empathiefähigkeit, die Entwicklung pro-sozialen Verhaltens und die Gewissensbildung können ebenfalls davon betroffen sein. Nach Stein-

hausen, Häßler und Sarimski (2013) zeigen Betroffene ein weniger differenziertes Selbstkonzept und eine stärkere Außenorientierung bei der Problembewältigung. Weiterhin unterscheiden sich abhängig von der emotionalen und Persönlichkeitsentwicklung emotionale Grundbedürfnisse, Verhaltensmotivationen und Fähigkeiten bzw. Strategien zur Selbstregulation (Sappok & Zepperitz, o.J.). Dies wiederum kann Schwierigkeiten bezüglich sozialem und angepasstem/angemessenem Verhalten nach sich ziehen. Es erscheint schlüssig, dass verschiedene Formen sozialer Beziehungen und deren Gestaltung stark von solchen Entwicklungen betroffen sind.

Emotionale und kognitive Entwicklung verlaufen häufig diskrepanz, wenn auch nicht komplett unabhängig voneinander. Solche Diskrepanzen, bei denen der kognitive Entwicklungsstand meist höher liegt als der emotionale, führen nach Došen (2018) zu einer disharmonischen, labilen Persönlichkeit, welche auch die Ursache für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Vulnerabilitäten sein kann. Abhängig von der Situation und der psychischen Belastbarkeit kann das Verhalten mal mehr vom emotionalen und mal mehr vom kognitiven Niveau abhängen.

Für eine zielführende Interventionsplanung muss das emotionale Niveau und die daran gekoppelten basalen emotionalen Bedürfnisse bekannt sein und berücksichtigt werden. Deshalb sollte das individuelle Entwicklungsniveau der Persönlichkeit getrennt für die physiologische, emotionale, kognitive und soziale Ebene eingeschätzt werden. Dabei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass sowohl der körperliche Entwicklungsstand und insbesondere die Lebenserfahrung einer erwachsenen Person ebenfalls einen wichtigen Einfluss auf die Bedürfnisse und das Verhalten haben.

Gaedt (1987 zit. nach Lingg & Theunissen, 2017) fasst die Folgen aus dem Zusammenwirken verzögerter kognitiver

Entwicklung und der mangelhaften Reifung psychischer Strukturen in Interaktion mit der sozialen Umwelt für Erwachsene wie folgt zusammen: Mangelhaft ausgereifte Ich-Funktionen und die emotionale Grunderfahrung von Misstrauen, Enttäuschung und Wut resultieren in einer Persönlichkeit, welche sich unter anderem durch Ängstlichkeit, geringe Frustrationstoleranz, Impulsivität, erhöhte Ablenkbarkeit und ein unrealistisches Selbstkonzept auszeichnet. Damit einher gehen ein Mangel an sozialer Kompetenz und eine mögliche Verhaltensproblematik. Hier wird noch einmal betont, dass eine beeinträchtigte Persönlichkeitsentwicklung Folge der kognitiven Einschränkungen selbst, aber auch von ungünstigen Interaktionsmustern mit frühen Bezugspersonen, in der Regel aber beidem sein kann.

3.4 Bindungsprozesse

Aus subjektiven Beziehungserfahrungen resultieren Erinnerungs- und Bedeutungsstrukturen, welche durch daran gebundene emotionale Reaktionen organisiert sind. Solche verinnerlichten Schemata sind immer Folge der subjektiven Verarbeitung zwischenmenschlicher Erfahrungen und nicht der objektiven Realität. Man spricht hier auch von verinnerlichten Objektbeziehungen (Selbst- und Objektrepräsentanzen), die in einen Kontext subjekt- und objektbezogener Gefühle, Wünsche, Erwartungen, Befürchtungen und habituellen interpersonellen Transaktionen eingebunden sind. In Anpassung an die Interaktionsangebote von frühen Bezugspersonen entwickeln Kinder überdauernde Verhaltensstile, die als „innere Arbeitsmodelle von Bindung“ verstanden werden können und häufig über die gesamte Lebensspanne wirksam sind. Diese modulieren den Umgang mit aktuellen und antizipierten Beziehungsinformationen und -angeboten. Solche Schemata können auch widersprüchliche Selbst- und Objektbilder enthalten, die auch zu dysfunktionalen Erlebens- und Handlungsbereitschaften disponieren

können. Voraussetzung für die Ausgestaltung solcher Schemata ist eine ausreichende Redundanz bestimmter Beziehungserfahrungen. Die innerhalb von sozialen Beziehungen stattfindende Abfolge zunehmend komplexer werdender Regulationsaufgaben des Selbst im Austausch mit den Bezugspersonen ist die Grundlage für die Ich-Bildung, auch im Sinne zunehmender Abgrenzung von anderen und zunehmender Autonomiebestrebungen.

In der Bindungsforschung werden heute vier grundsätzliche Bindungsstile unterschieden. Eine sichere Bindung (B-Typ) zeigen Kinder, welche ein starkes Vertrauen in die Verfügbarkeit der Bindungsperson entwickelt haben und scheint die Voraussetzung späterer Autonomieentwicklung zu sein. Von einer unsicher-vermeidenden Bindung (A-Typ) wird gesprochen, wenn Kinder durch die Trennung von der Bezugsperson scheinbar unbeeindruckt bleiben und sich weiterhin der bis dahin ausgeübten Beschäftigung widmen. Sie reagieren scheinbar weder ängstlich noch ärgerlich auf eine Trennung, zeigen aber ein erhöhtes physiologisches Stressniveau. Ein unsicher-ambivalenter Bindungsstil zeigt sich in hoher Ängstlichkeit und Stress bereits als Reaktion auf eine fremde Situation selber und einer Abhängigkeit von der Bindungsperson. Kinder mit einem desorganisierten Bindungsstil zeigen unerwartete, nicht zuzuordnende Verhaltensweisen wie z.B. Stereotypen und unvollendete oder unvollständige Bewegungsmuster sowie häufig Erschrecken, wenn die Bindungsperson wieder auftaucht.

Lingg & Theunissen (2017) machen auf die Relevanz früher Bindungserfahrungen für die Emotionsregulation aufmerksam. Über die Ausschüttung von Neuropeptiden mit beruhigender Wirkung hemmen Erfahrungen sicherer Bindung und positive Interaktionen mit feinfühligem, responsivem und verlässlichen Bezugspersonen aggressives Verhalten und fördern die Fähigkeit zur Emotionsregulation.





Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung weisen frühe Bindungsprozesse häufig einen problematischen Verlauf auf. Die Entwicklung eines unsicheren Bindungsstils kann durch ungünstige Interaktionsmuster bzw. nicht ausreichende Interaktionsangebote, aber auch durch die kognitiven Einschränkungen selbst verursacht sein. Auch ein Rückstand in der emotionalen Entwicklung beeinträchtigt die Entwicklung einer sicheren Bindung während der Adaptationsphase. Kinder mit einer schweren intellektuellen Beeinträchtigung können in dieser frühen Entwicklungsphase stehenbleiben. Bei anderen findet eine langsamere oder abweichende Entwicklung nach der Sozialisationsphase statt (Došen, 2018).

Bindungsstörungen können Probleme in der nachfolgenden Individuationsphase bedingen und einen negativen Einfluss auf die weitere psychosoziale Entwicklung und andere Ebenen der Persönlichkeitsentwicklung ausüben. Einige Verhaltensprobleme werden mit unausgereiften oder gestörten Bindungsprozessen bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in Zusammenhang gebracht. Došen (2018) trägt hierzu einige Befunde zusammen. So zeigten betroffene Kinder mit einem desorganisierten Bindungsstil eine Überempfindlichkeit gegenüber Stress (Janssen et al. 2002 zit. nach Došen, 2018). Eine unsichere Bindung kann im Erwachsenenalter zu problematischen Verhaltensweisen führen (Clegg & Sheard, 2002 zit. nach Došen, 2018). Durch eine Blockade der emotionalen Entwicklung in der Bindungsphase kann eine desintegrierte Verhaltensstörung mit hoher Irritabilität und schweren aggressiven Ausbrüchen aus geringfügigem Anlass entstehen (Sappok et al. 2012 zit. nach Došen, 2018).

Menschen mit schweren intellektuellen Beeinträchtigungen kommen bezüglich des Bindungsprozesses wahrscheinlich nicht über die Adaptationsphase hinaus oder bleiben in der Sozialisationsphase mit einer mangelhaf-

ten Bindung stecken. Diese Kinder zeigen keine affektive Objektkonstanz und keine Angst vor Fremden.

Bei einem höheren Entwicklungsalter (über acht Monate) und einer durch ungünstige Umstände bedingten Verzögerung oder gar einem Stillstand des Bindungsprozesses können sich Symptome einer reaktiven Bindungsstörung ausbilden, die unverändert bis ins Erwachsenenalter andauern und verschiedene sekundäre psychische Probleme verursachen können. Diese zeigen sich meistens in ambivalenten und abhängigen Beziehungen zu Helfern und Betreuern bis zu Fixierungen auf bestimmte Personen, in interaktionellen Verhaltensproblemen, z.B. übersteigerte Wut und Enttäuschung auf Frustration oder Stress, und einem gering ausgeprägtem Explorationsdrang mit Desinteresse an Neuem. Auch eine sehr ausgeprägte Trennungsangst kann beobachtet werden. Stimmungen und Gefühle sind durch Veränderungen in der affektiven Beziehung leicht störfähig.

3.5 Basale Bedürfnisse und Motivationen

Motivation initiiert, erhält und lenkt das Verhalten (Kandel, 2006 zit. nach Došen 2018). Dabei ist das Ziel der Aktivität in der Regel emotional bestimmt und kann der Befriedigung oder der Abwehr emotionaler Bedürfnisse dienen.

Die für das Überleben wesentlichen biologischen Grundbedürfnisse korrespondieren mit angeborenen emotionalen Systemen mit Bezug auf Nahrung, Verteidigung, Fortpflanzung und Sozialkontakten. Diese grundlegenden emotionalen Bedürfnisse führen zu grundlegenden Motivationen mit dem Ziel, diese Bedürfnisse zu befriedigen. Weitere komplexere Bedürfnisse entstehen im Verlauf der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung auf deren Grundlage.

Physiologisch betrachtet dienen dabei hierarchisch höherstehende Systeme (z.B. Hirnrinde) der Kontrolle hierarchisch niedrigerer Systeme (z.B. limbisches System, Hirnstamm) und fügen gleichzeitig Elemente hinzu, die für eine Anpassung des Verhaltens an eine gegebene, komplexe Situation nötig sind. Sensorische Signale werden als erstes im Hirnstamm verarbeitet. Das Erregungsniveau in verschiedenen Hirnarealen steigt. Das limbische System analysiert und beurteilt die Signale im Kontext vitaler Überlebensstrategien (gefährlich, nicht gefährlich, bekannt, neu, usw.) und kann bei gefährlichen Situationen selbst für eine starke und damit auch verhaltensbestimmende Alarmreaktion sorgen. Parallel werden die Signale in verschiedenen Rindenregionen im Kontext bisheriger Erfahrungen analysiert. Im Falle einer vorausgegangenen, schnellen Alarmreaktion (Fight-or-Flight-Syndrom) kann die Erregung dadurch herunterreguliert und das aktuelle Verhalten angepasst werden. Wie gut dies gelingt, hängt von der Stärke der emotionalen Reaktion sowie den verfügbaren Regulationsfähigkeiten ab. In Fällen ohne stärkere emotionale Beteiligung werden angemessenes Verhalten, aber auch komplexere Handlungsstränge geplant und ausgeführt.

Unbefriedigte Bedürfnisse oder auch eine übertriebene Motivation zur Befriedigung gehen mit einer erhöhten emotionalen Erregung einher (Spannung, Wut). Kann dieses hohe Erregungsniveau von kortikalen und limbischen Systemen nicht mehr angemessen reguliert werden, erscheint das resultierende Verhalten als unangemessen und unangepasst.

Die Befriedigung basaler emotionaler Bedürfnisse ist wesentlich für die weitere psychosoziale Entwicklung einer Person, ihrem Sozialverhalten und ihrem subjektiven psychischen Zustand. Bedürfnisbefriedigung oder Frustration wirken fördernd oder hemmend auf Verhalten. Durch frühe Erfahrung erworben und stabilisiert, kann es zur

Dominanz einer der beiden Wirkungstendenzen kommen, woraus ein eher aktives oder gehemmtes Verhalten entsteht. Das kann so weit gehen, dass bereits vermeintlich neutrale Reize unerwartete, unangemessene Reaktionen hervorrufen können. Negative Emotionen, erzeugt durch z.B. dauerhafte oder regelmäßige Frustration, Unzufriedenheit, Angst oder Misstrauen, behindern die Lernmotivation und können zu vermeidenden und anderen dysfunktionalen Verhaltensmustern führen.

Abhängig vom Niveau ihrer Persönlichkeitsentwicklung zeigen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung unterschiedliche basale emotionale Bedürfnisse, die bei den Betroffenen aber häufig verkannt werden. Aus einem unangemessenen Umgang können hier Unter- oder Überforderungssituationen entstehen, was wiederum unangepasstes, problematisches Verhalten begünstigen kann. Unangepasstes Verhalten wird zudem häufig als Symptom einer psychischen Störung missverstanden, was dann zu falschen Behandlungsansätzen führt.

Die grundlegenden Motivationen eines Individuums können erst verstanden werden, wenn die basalen emotionalen Bedürfnisse erkannt werden. Došen (2018) ordnet solche basalen Bedürfnisse entlang von Entwicklungsphasen, welche mit diesen gekoppelt sind. In einer ersten Phase, bis zum sechsten Monat, herrschen demnach vor allem einfache emotionale Bedürfnisse nach Freude und Entspannung vor, welche stark an die Regulation physiologischer Bedürfnisse gekoppelt sind. Zwischen dem sechsten und 18. Monat entwickeln sich daraus das Bedürfnis nach körperlichem Kontakt und nach einer Bindungsperson, nach Sicherheit und sozialer Stimulation. In der darauffolgenden Phase, zwischen dem 18. und 36. Monat, spielen Autonomiebedürfnisse eine gewichtige Rolle, welche aber immer noch in starkem Konflikt mit den basalen Sicherheitsbedürfnissen stehen. Mit zunehmender Entwicklung verlagern sich die eigenen sozialen Be-





dürfnisse von den primären Bezugspersonen nach außen auf die weitere soziale und dingliche Umwelt. Zwischen sieben und zwölf Jahren entstehen grundlegende Motivationen, Leistungen auf die eigene Person und Leistungsfähigkeit, der eigenen Produktivität und Kreativität zu schreiben zu können (vgl. hierzu auch Kapitel 3.2)

3.6 Regulationsstörungen und Impulskontrolle

Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung finden sich häufig Probleme mit der Regulation vegetativer Funktionen, der Reizverarbeitung, von emotionalen Erfahrungen oder motorischen Aktivitäten. In der Mehrzahl sind diese wiederum auf zentralnervöse Funktionsstörungen zurückführbar. Eine Reihe psychosozialer Funktionen auf höheren Niveaus können dadurch beeinträchtigt sein und darüber verschiedene Verhaltensauffälligkeiten oder sogar psychische Störungen begünstigen.

Häufig zeigen sich Defizite in der Emotions- bzw. Erregungsregulation, also der willkürlichen oder auch automatisierten, unbewussten Modifikation des emotionalen oder Erregungszustandes. Die Fähigkeit zur Selbstregulation – oder auch Selbstberuhigung – ist aber Voraussetzung für eine Anpassung resultierender Verhaltenstendenzen an die konkreten Umstände. Dadurch begünstigte heftige, häufig aggressive, Reaktionen erscheinen von außen betrachtet den objektiv gegebenen Umständen nicht angemessen und stark übertrieben.

Das verwandte Konzept der Impulskontrolle beinhaltet, über die basale Erregungsregulation hinausgehend, die Fähigkeit zum geplanten, kontrollierten Handeln. Impulsivität selbst bezeichnet eine unmittelbare Reaktion auf vermeintlich bedeutsame Reize, welche einen Handlungsdruck entstehen lassen. Im Unterschied zur Regulation, welche sich auf die Steuerung basaler Zustände selbst bezieht, betont das Konzept der Impulskontrolle

eine hierarchisch höherstehende Verhaltens- und Handlungssteuerung entgegen aufkommender, konkurrierender Bedürfnisse mit einem stärkeren Bezug auf komplexere Handlungsabläufe. Konzepte wie Willensbildung (Volition), länger- bis langfristige Planungen und damit verbundene Zielvorstellungen sowie die dafür unter Umständen notwendige Fähigkeit zu kontrollierter, willentlicher Steuerung motivationaler Zustände spielen in diesem Konzept eine deutlich größere Rolle. Eine Störung der Impulskontrolle zeigt sich in verschiedenen unbedachten, die Konsequenzen nicht berücksichtigende Verhaltensweisen, welche mitunter einen zwanghaften, automatisierten Charakter aufweisen können.

Beide Konzepte ließen sich zusammenfassen als Selbstregulationskompetenzen, welche wiederum auf verschiedene inhaltliche (Emotion, Motivation, Volition, Kognition) oder hierarchische Konzepte (bewusst, unbewusst) bezogen werden können, wie es ähnlich von psychodynamischen Autor*innen (Cierpka & Arbeitskreis-OPD, 2014) postuliert wird. Störungen solcher Selbstregulationskompetenzen sind auch assoziiert mit instabiler Stimmungslage, Probleme der Aufmerksamkeitssteuerung und Konzentration, Ablenkbarkeit, Reizbarkeit und mangelnde Frustrationstoleranz.

Die Fähigkeit zur Emotions- bzw. Erregungsregulation und auch der Impulskontrolle ist abhängig vom Lebensalter bzw. dem Entwicklungsniveau. Kognitive und emotionale Einschränkungen können die Regulation von Informationsverarbeitung und emotionalen Reaktionen sowie die Regulation motorischer Aktivitäten und Verhaltensaussagen stören. Auch kann eine Diskrepanz zwischen der emotionalen und der kognitiven Entwicklung dauerhafte Konflikte mit der Umwelt provozieren. Die dadurch hervorgerufenen dauerhaften emotionalen Spannungen prädisponieren wiederum für impulsive Reaktionen.



Zentralnervöse Dysfunktionen mit Störungen des sogenannten Inhibitionssystems können auch das Auftreten einer sogenannten Arousal-Attacke begünstigen. Arousal beschreibt den allgemeinen Aktivierungsgrad des Zentralnervensystems und geht in der Regel mit erhöhter Wachheit und Reaktionsbereitschaft einher. Die mentale Leistungsfähigkeit steigt mit diesem bis zu einem Optimum. Bei übermäßiger Aktivierung jedoch sinkt diese wieder, insbesondere bezüglich der Bewältigung komplexerer Aufgaben. Grundlage eines Arousal-Attacks sind biografisch erworbene neuronale Bahnungen aufgrund intensiver emotionaler Erfahrungen, welche sehr sensibel auf Reize reagieren und sich der Kontrolle höherer Hirnregionen entziehen, was zu mitunter sehr heftigen Impulsdurchbrüchen führen kann. Es scheint, dass überwiegend Menschen mit schwerer und schwerster intellektueller Beeinträchtigung auf diese Weise reagieren. Ähnliches sieht man aber auch bei Personen mit disharmonischer psychosozialer Entwicklung, bei denen die emotionale Entwicklung in der Bindungsphase stagniert. Menschen mit einer mittelgradigen bis schweren intellektuellen Beeinträchtigung zeigen häufig höchstens eine schwache, mitunter keine nennenswerte Impulskontrolle. Impulsive Reaktionen drücken sich meist in aggressivem Verhalten aus. Bei einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung können sich Impulskontrollstörungen auf verschiedene Art zeigen, z.B. als verbale und/oder körperliche oder auch sublimierte Aggressionen; letztere in Form kleinerer Delikte oder auch Brandstiftung (vgl. auch Došen, 2018).

3.7 Mentalisierung und Theory of Mind

Unter Mentalisierung ist die grundlegende menschliche Fähigkeit zu verstehen, Verhalten durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren. Diese Form sozialer Kognition berücksichtigt auch emotionale Persönlichkeitsaspekte wie Gefühle, Bedürfnisse, Glauben, Wünsche und Beweggründe. Die Bewusstwerdung des eigenen Denkens und dem damit verbundenen Verhalten ermöglicht es auch, das Denken und Verhalten anderer Menschen zu verstehen. Diese sich aus der Mentalisierung entwickelnde Fähigkeit der Perspektivübernahme wird vor allem im Konzept der „Theory of Mind“ thematisiert, die Fähigkeit eine realistische Sichtweise von den Absichten, Wünschen und Motiven anderer zu konstruieren und damit deren Handlungsweise nachvollziehbar zu verstehen oder auch vorauszusehen. Um das vierte Lebensjahr beginnen Kinder zu verstehen, dass andere Menschen andere Überzeugungen oder Vorstellungen haben als sie selbst.

Bei Menschen mit einem Entwicklungsalter unter vier Jahren ist die „Theory of Mind“ nicht ausreichend entwickelt womit ein Perspektivwechsel zumindest deutlich schwieriger zu vollziehen ist. Aber auch bei höherem Entwicklungsalter ist hier mit Defiziten zu rechnen.

4. Ursachen gewalttätigen Verhaltens bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen



Aggressive Reaktionen bzw. gewalttätige Verhaltensweisen können grob zumindest in zwei Formen unterteilt werden: Eine affektiv vermittelte, mitunter, aber nicht ausschließlich aufgrund von vermeintlicher Bedrohung oder auch Frustration entstehende Aggression, welche durch ein hohes Arousal und eine starke emotionale Erregung begleitet ist und eine mehr zielgerichtete, instrumentelle Form, welche vorwiegend bewusst und geplant zur Erreichung bestimmte Ziele eingesetzt wird. Konkrete Gewaltakte können auch beide Aspekte aufweisen, deren Gewichtung sich im zeitlichen Verlauf einer Situation verändern kann. Mit steigendem Entwicklungsniveau nimmt der Anteil zielgerichteter Aggression, als auch die Fähigkeit diese zu kontrollieren, zu (Došen, 2018).

Die Prävalenz aggressiven, problematischen Verhaltens liegt bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung höher als in der Durchschnittsbevölkerung (Došen, 2018; Schanze, Koch & Rauch, 2021). Die höhere Anfälligkeit für gewalttätiges Verhalten sieht Došen (2018) unter anderem in den kognitiven Einschränkungen selbst begründet: Schwierigkeiten, „in einer Situation den Überblick zu behalten, sie verstehen und angemessen kommunizieren zu können“ (S. 294), können in ungünstigen Situationen aggressive Reaktionen begünstigen. Schanze, Koch und Rauch (2021) sehen auch unzureichende Berücksichtigung von Bedürfnissen, Wünschen und Nöten der Betroffenen als auslösende Faktoren. Kommunikative Missverständnisse, z.B. bei dem Versuch ein eigenes Anliegen mitzuteilen, können zu krisenhaften Eskalationen führen. Die Ursachen gewalttätigen Verhaltens von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen können vielfältig sein. Zum Verständnis des Problemverhaltens sollten nach Došen (2018) sowohl die auslösenden und provozierenden äußeren Faktoren, als auch die spezifischen mentalen Verarbeitungsmöglichkeiten einbezogen werden. Darüber hinaus müssen mögliche aufrechterhaltende Umweltfaktoren identifiziert werden.

4.1 Internale Faktoren

Beeinträchtigungen der Emotionsregulation und Impulskontrolle erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass vor allem auf aversiv empfundene interne (z.B. Frustration) oder externe Reize mit einem Aggressionsdurchbruch reagiert wird. Došen (2018) macht darauf aufmerksam, dass vor allem Betroffene mit schwerer intellektueller Beeinträchtigung eine Überempfindlichkeit auf negative affektive Erfahrungen mit übertriebenen Reaktionen wie Aggression und Selbstverletzungen zeigen. Ähnliches gilt für Menschen mit einer Autismus-Spektrums-Störung, welche mit einer deutlichen Intelligenzminderung einhergehen kann. Die mit der Störung einhergehende Reizfilterschwäche zeigt sich auch in einer leichten emotionalen Erregbarkeit und einer mangelnden Impulskontrolle (Lingg & Theunissen, 2017). Allgemein erhöht eine Überempfindlichkeit (Irritabilität) auf Reize in hyperaktiver, ängstlicher oder emotional labiler Form, insbesondere gepaart mit einer geringeren Frustrationstoleranz, die Wahrscheinlichkeit für aggressive Reaktionen.

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung leiden häufig an einem Mangel sozial-kognitiver Kompetenzen, was wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöht, soziale Spannungen zu erleben. Uneindeutige Situationen werden häufig falsch interpretiert, böse Absichten unterstellt und die Folgen der eigenen Reaktionen werden nicht vorhergesehen. Auf die daraus resultierenden Konflikte kann häufig, z.T. aus bereits genannten Gründen (Emotionsregulation, Impulskontrolle), aber auch aufgrund unzureichender angemessener Bewältigungsstrategien (Coping) bzw. dem Fehlen eines ausreichenden Spektrums alternativer Verhaltensschemata, nicht akkurat reagiert werden. Es gelingt nicht, Bedürfnisse angemessen und klar zu formulieren oder Kompromisse auszuhandeln (Steinhausen, Häßler & Sarimski, 2013). Die aus der mitunter erzeugten Frustration resultierende emotionale Spannung kann letzten Endes nur noch in aggressivem Verhalten

ausagiert werden, da eine anderweitige Regulation nicht gelingen kann. Damit könnte auch erklärt werden, warum Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen auf die Veränderungen vertrauter Routinen häufig mit Aggression reagieren.

Es scheint häufiger, dass Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen diese und ihre damit einhergehenden Grenzen nicht anerkennen. Die daraus möglicherweise resultierende Selbstüberschätzung erhöht die Wahrscheinlichkeit frustrierender Erlebnisse, was wiederum aggressive Tendenzen fördern kann.

Eskalierende soziale Konflikte können auch aus einem Zustand innerer Erregung (Excitation; Došen, 2018), aufgrund eines Bedürfnisses nach stimulierender Aktivität oder sensorischer Anregung entstehen (Steinhausen, Häßler & Sarimski, 2013).

Aus solchen Situationen entstehende, in problematischem Verhalten mündende, missglückte Anpassungs- oder Bewältigungsversuche können sich als Verhaltensschemata verfestigen. Dazu reicht schon, dass die Erregungsregulation durch die Externalisierung gelingt und somit positiv verstärkend wirkt. Weitere Verstärker können auch aus den Reaktionen der sozialen Umwelt resultieren, wie z.B. Aufmerksamkeit bekommen. Aber auch eine durch das Verhalten erreichte Bedürfnisbefriedigung wirkt belohnend. So kann ein ursprünglich vorwiegend affektiv ausgelöstes aggressives Verhalten im Weiteren als instrumentelle Aggression wieder auftauchen (vgl. auch Steinhausen, Häßler & Sarimski, 2013).

Auch Ängstlichkeit oder Depressionen können atypischerweise mit erhöhter Reizbarkeit und aggressivem Verhalten einhergehen (Lingg & Theunissen, 2017; Steinhausen, Häßler & Sarimski, 2013; Hassiotis et al., 2012). Hassiotis et al. (2012) begründen dies mit der Schwierig-

keit oder gar Unfähigkeit, Emotionen verbal akkurat auszudrücken und nennen darüber hinaus sich verängstigt, eingeschüchtert oder unverstanden zu fühlen als weitere potentielle Auslöser. Aggressives Verhalten kann auch eine Reaktion auf als bedrohlich erlebte irrealen Wahrnehmungen bei möglichen psychotischen Zuständen, Denkstörungen, Wahn oder Halluzination sein (Došen, 2018). Es erscheint offensichtlich, dass zumindest affektiv gesteuertes gewalttätiges Verhalten in den allermeisten Fällen durch vorausgegangene Emotionen wie Wut oder Ärger ausgelöst oder zumindest erleichtert bzw. vermittelt wird. Insbesondere Menschen mit deutlichen kognitiven Beeinträchtigungen sehen sich auch aufgrund der häufig verringerten Frustrationstoleranz und Mangel an entsprechenden Regulationsfähigkeiten solchen affektiven Zuständen ausgeliefert und relativ hilflos gegenübergestellt. Unterschiedliche typische situative Auslöser von Frustration und entsprechend weiterführend Ärger oder sogar Wut sind denkbar und abhängig von individuellen biografischen und lebensumweltlichen Faktoren.

Auch wenn Wut und Ärger in der Regel eine eher negative Konnotation erfahren, sollte die adaptive Funktion dieser emotionalen Zustände nicht außer Acht gelassen werden. Novaco (2010) weist darauf hin, dass Wut als Überlebensfunktion psychische und physische Ressourcen mobilisiert, damit Verhalten angetrieben und Ängste und Hemmungen unterdrückt werden. Der Aufmerksamkeitsfokus liegt auf bedrohungsrelevanten situationalen Elementen und der subjektive Eindruck von persönlicher Kontrolle und Wirkmächtigkeit (Selbstwirksamkeit) wird deutlich gesteigert (Novaco, 2010). Alles in allem sorgen emotionale Zustände wie Wut und Ärger also dafür, auch in subjektiv bedrohlichen Situationen handlungsfähig zu bleiben und einer Bedrohung möglichst wirkungsvoll begegnen zu können.



4.2 Externale Faktoren

Von verschiedenen Autoren genannte externe auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren sind Aufforderungen, die Verweigerung von Wünschen (Frustration) (Steinhausen, Häßler & Sarimski, 2013), Reizüberflutung, Mangel an strukturierter Aktivität und allgemein, Stress aus der Umgebung (Došen, 2012). Darüber hinaus können aversive soziale Kontakte, aber auch aggressive Modelle das Auftreten von aggressivem Verhalten fördern.

Novaco (2010) berichtet zusammenfassend über eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens während der Adoleszenz von Personen mit milderer Beeinträchtigungen, die erst in dieser Phase auffällig wurden und führt dieses auf die wahrgenommene Zurückweisung durch nahestehende Personen (Eltern, Peergroup) zurück. Der Autor kritisiert auch die allgemeine Praxis, entsprechendes Problemverhalten durch die Beeinträchtigung selber zu erklären, ohne die emotionalen Zustände oder Bedürfnisse der Betroffenen zu betrachten.

Bei schwerem aggressiven Verhalten erscheint relativ häufig eine emotionale Problematik in der Bindungsphase (Došen, 2018). Bei einer Blockade der emotionalen Entwicklung in der Bindungsphase kann eine desintegrierte Verhaltensstörung mit hoher Irritabilität und schweren aggressiven Ausbrüchen aus geringfügigem Anlass entstehen (Sappok et al. 2012). Diese können schwer vorhergesagt werden und sich sowohl gegen Bezugspersonen (affektive Bindung) als auch gegen beliebige Personen richten (Došen, 2018).

Lingg & Theunissen (2017) weisen auf mögliche Folgen einer Verdrängung der Problematik durch frühe Bezugspersonen hin. Die aus unangemessenen Leistungsanforderungen resultierende Überforderung löst Ängste und Versagensgefühle aus, die unter anderem zu einer mit Aggressionshemmungen, aber auch Aggressionsdurchbrüchen einhergehenden Neurotisierung führen können. Auf der anderen Seite kann Überbehütung eine Entwicklung zu Risikoaversion und narzisstisch-aggressiven Tendenzen begünstigen. Die Ich-Findung und Autonomieentwicklung werden dadurch ebenfalls erschwert.

5. Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Anpassung und Modifikation von Interventionsmethoden

Die bereits beschriebene und begründete Heterogenität der Zielgruppe verlangt notwendigerweise eine deutlich stärker individuell angepasste Interventionsplanung unter Berücksichtigung des spezifischen Persönlichkeits- und Leistungsprofils. Solch eine Individualisierung verlangt einen flexiblen und kreativen Methodeneinsatz, wobei effektive behavioral-pragmatische Verfahren mit anderen therapeutischen oder pädagogischen Angeboten kombiniert und auch die alltägliche Lebenswelt im Sinne eines Breitbandkonzeptes einbezogen werden sollten (Lingg & Theunissen, 2017). Vor allem der alltäglichen sozialen Lebenswelt als letztendlichem Bezugsrahmen für die angestrebte Verhaltensmodifikation wird konsensuell eine besondere Bedeutung beigemessen. Jede Interventionsplanung sollte von daher eine ausreichende Verzahnung mit dem Alltag der Klienten gewährleisten und damit die tatsächliche, dauerhafte Verankerung neu gelernter Inhalte fördern.

An dieser Stelle soll auch der Hinweis gestattet sein, dass es sich bei der Zielgruppe von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen um einen sehr vulnerablen Personenkreis handelt, wie aus den vorangegangenen Kapiteln bereits deutlich geworden sein sollte. Dies bedeutet ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein gegenüber und eine Sensibilität für die spezifischen Problemkomplexe, Bedürfnisse und Schwierigkeiten Betroffener von Seiten des interventionsgestaltenden und durchführenden Personenkreises. Dazu gehören auch eine ehrliche und selbstkritische Reflektion und Einschätzung der eigenen Handlungskompetenzen und deren Grenzen.

Ebenfalls beachtet werden muss die Betreuungssituation der Klienten. Für gerichtlich festgelegte Betreuungsaufgaben werden in der Regel konkrete Aufgabenbereiche festgelegt. Die Grenzen und Befugnisse der gesetzlichen Betreuung sollen möglichst passgenau auf den individu-

ellen Unterstützungsbedarf zugeschnitten sein. Hier ist also im Vorfeld abzuklären, welche weiteren Personen in verschiedenen Entscheidungsprozesse und Angelegenheiten einbezogen werden müssen.

5.1 Klärung des Problemkomplexes

Es muss dringend in Betracht gezogen werden, dass das in der Intervention zu thematisierende, problematische Verhalten auch Ausdruck einer zugrundeliegenden psychischen oder psychiatrischen Störung sein kann. Häufig werden psychische Störungen bei dieser Personengruppe nicht erkannt und entsprechende Symptome als Ausdruck der primären Beeinträchtigung verstanden („Overshadowing“). Speziell aggressives Verhalten oder Reizbarkeit kann bei Personen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung auf Ängstlichkeit oder eine Depression hinweisen. Schwierigkeiten oder Unfähigkeit, Emotionen verbal auszudrücken, machen es notwendig, im Ausdruck über das Verhalten einen Ersatz zu finden (Hassiotis et al., 2012).

Es liegt in der Verantwortung der zur Beratung oder Intervention herangezogenen Stelle, sich darüber zu informieren, dass solche Ursachen ausgeschlossen worden sind, um eine Fehlbehandlung zu vermeiden. Der mitunter hierzu notwendige Einbezug psychiatrischer oder psychotherapeutischer Expertise oder gar die Vermittlung in eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung stellt sich als äußerst schwierig dar. Viele Anbietende sind mit dieser Klientel nicht vertraut und trauen sich eine Behandlung oder auch Einschätzung nicht zu. Einen guten Anlaufpunkt bietet die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. und deren Website www.dgsgb.de. Hier findet sich eine Auflistung von spezialisierten therapeutischen Angeboten ohne Anspruch auf Vollständigkeit und bei Interesse auch weiterführendes Material zu dem Thema.



5.2 Berücksichtigung des Entwicklungsstandes

Für eine angemessene Anpassung einer verhaltensmodifizierenden Intervention ist es dringend empfohlen, im Vorfeld ein klares Bild von den individuell spezifischen Defiziten, Fähigkeiten und auch Stärken der Klienten zu erlangen. Über das globale intellektuelle Funktionsniveau hinaus sollte das spezielle individuelle kognitive Fähigkeitsprofil Beachtung finden.

Im Zusammenhang mit der besonderen Persönlichkeitsentwicklung müssen neben der intellektuellen Leistungsfähigkeit auch weitere Aspekte der psychosozialen Entwicklung (Persönlichkeit) sorgfältig eingeschätzt werden. Darunter fallen unter anderem individuell spezifische Bedürfnisse und daraus resultierende handlungsleitende oder zumindest handlungsmodifizierende Motive und Motivationsstrukturen, die Fähigkeit ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, Ängste und Befürchtungen. Auch der individuelle Lernstil sollte eine Rolle spielen (Taylor, Lindsay & Willner, 2008). Davon abhängig ist, auf welche Art die Intervention an den Klienten angepasst werden muss bzw. welche Interventionstechniken zum Tragen kommen können (Willner & Goodey, 2005).

Grundsätzlich muss mit einer verlangsamten motorischen Aktivität, einer verminderten Klarheit kommunikativer Signale sowie reduzierten Fähigkeiten zur Reizverarbeitung, Aufmerksamkeitskontrolle, Informationsspeicherung und Handlungsplanung gerechnet werden (Sarimski, 2013). Eine geringere Impulskontrolle und die Defizite in der Aufmerksamkeitssteuerung können sich in einer leichten Ablenkbarkeit und in Schwierigkeiten, den Fokus während der Sitzungen aufrecht zu erhalten, niederschlagen (Hassiotis et al., 2012).

Die konkreten kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten variieren in dieser Klientengruppe sehr stark. Ein reduziertes Verständnis von Schlüsselbegriffen und abstrak-

ten Konzepten, Schwierigkeiten zur Formulierung von Sätzen, nicht zuletzt auch aufgrund eines limitierten Vokabulars mit weniger komplexen Wörtern sind aber, natürlich abhängig vom Grad der Beeinträchtigung, in der Regel zu finden. Die Verarbeitung und der Abruf von Informationen erfordern einen höheren Zeitaufwand. Ein unklares Sprachbild kann auch durch anatomische Besonderheiten, welche bei einigen Syndromen wie dem Down-Syndrom vorliegen können, hervorgerufen sein. Betroffene haben viel Erfahrung darin, diese Schwächen zu maskieren, z.B. durch Verwendung kontextuell passender Phrasen, ohne diese wirklich zu verstehen. Eine hohe Sensibilität für auch unterschwellige soziale Signale führt zu einer hohen Beeinflussbarkeit von Antworten im Sinne einer vermeintlichen sozialen Erwünschtheit. Insgesamt kann dadurch die Illusion erzeugt werden, dass der Klient dem Programm folgen kann (Hassiotis et al., 2012).

Willner & Goodey (2005) zählen diverse, weitere zu berücksichtigende kognitive Defizite und z.T. daraus ableitbare Konsequenzen für die Interventionsgestaltung auf: Schwächen im konkreten Denken gehen einher mit Schwierigkeiten, sich hypothetische Situationen vorzustellen. Es wird empfohlen, soweit als möglich konkrete Beispiele zu benutzen oder auch die alltägliche Umgebung einzubeziehen.

Bei Personen mit intellektueller Beeinträchtigung sind auch häufiger Gedächtnisprobleme, vor allem des episodischen Gedächtnisses, und auch eine Konfusion zeitlicher Abfolgen bzw. Distanzen zu beobachten: Der Abruf auch kürzlich zurückliegender Ereignisse gelingt mitunter nicht akkurat, der tatsächliche zeitliche Abstand auch von distalen Ereignissen wird nicht realistisch eingeschätzt, die Häufigkeit und Präsenz von emotional bedeutsamen Ereignissen wird überschätzt. Bezugspersonen als Quelle akkurater Informationen können für die Einordnung von

Erlebtem hilfreich sein. Die Autoren*innen schlagen die Konstruktion einer Zeitlinie über mehrere Jahre vor, was zu einem besseren Verständnis für den zeitlichen Abstand von Ereignissen beitragen kann. Denkbar wäre eine Visualisierung eines Zeitstreifens, auf dem erinnerte Ereignisse im Verhältnis zueinander dargestellt werden können. Auch das prospektive Gedächtnis, die Fähigkeit sich an anstehende, zu erledigende Aufgaben zu erinnern, kann schlecht ausgebildet sein. Eine Unterstützung durch eine Alltagsbegleitung wird mitunter notwendig, um die Umsetzung des Gelernten im Alltag zu gewährleisten.

Häufig zeigen Betroffene ein nur limitiertes Verständnis von sozialen Fertigkeiten und Konventionen und eine Schwäche der Antizipationsfähigkeit von Konsequenzen eigener Handlungen im sozialen Raum. Nach Kroese et al. (1997 zit. nach Hassiotis et al., 2012) sind die wichtigsten zu beachtenden Faktoren das individuelle Niveau der Auffassungsgabe, der Ausdrucksfähigkeit, der Selbstberichtsfähigkeit und der Selbstregulationsfähigkeiten (Impulskontrolle).

Die sorgsame Einschätzung oben genannter Punkte verlangt eine hohe Sensitivität und Beobachtungsgabe auf Seiten der intervenierenden Stelle. Eine weitere wichtige Quelle kann in dem mit der Person vertrauten Personenkreis, darunter Angehörige oder auch professionell mit der Betreuung Betraute, zu finden sein. Das Einholen von Informationen über Dritte sollte aber durchaus kritisch betrachtet und abgewogen werden. Viele dieser potentiellen Klienten leben in ausgeprägten Abhängigkeitsverhältnissen und erfahren einen hohen Grad von Fremdbestimmtheit. Auch sind enttäuschende Erfahrungen im sozialen Miteinander eher die Regel als die Ausnahme. Die Preisgabe persönlicher Informationen ohne Einbezug des Klienten selber, also hinter dessen Rücken, kann den Aufbau eines notwendigen Vertrauensverhältnisses belasten und auch eine vielleicht latent bereits vorhandene

passive Haltung fördern. Weiteres zum Einbezug eines weiter gefassten Personenkreises soll im Folgenden dargestellt werden.

5.3 Einbezug von Betreuungs-/Bezugspersonen

Zur Gewährleistung der bereits oben angeführten notwendigen Alltagsnähe jedweder Intervention empfehlen Lingg & Theunissen (2017) die Etablierung eines sogenannten Unterstützungskreises. In diesem sollen Personen involviert sein, welche auf verschiedene Arten mit dem Klienten vertraut sind. Es kann sich hierbei um Familienangehörige, Betreuungspersonal, Lehrkräfte, aber auch weitere professionelle Akteur*innen wie medizinisches und therapeutisches Fachpersonal oder ähnlichem handeln. Wichtig erscheint, dass in diesem Kreis möglichst viele Perspektiven auf den Klienten zusammenkommen und damit ein umfassendes Verständnis für die individuelle Problematik erreicht werden kann. Gleichzeitig soll dieser Personenkreis auch gewährleisten, dass die Interventionsziele auch in den Alltag des Klienten einsickern und dauerhaft umgesetzt werden.

Darüber hinaus empfehlen verschiedene Autor*innen (Lingg & Theunissen, 2017; Taylor, Lindsay & Willner, 2008) den Einbezug mindestens einer wichtigen Bezugsperson unmittelbar in den therapeutischen Prozess. Es sollte sich dabei um eine vertraute Person aus dem alltäglichen Umfeld handeln, welche den Klienten gut kennt und einschätzen kann, z.B. professionell Betreuende oder Familienmitglieder.

Der Einbezug einer solchen Person bzw. eines Personenkreises muss grundsätzlich vorab mit dem Klienten alleine innerhalb der ersten Sitzungen besprochen und abgeklärt werden. Der Klient darf sich dabei nicht übergangen fühlen. Voraussetzung dafür ist ein bis dahin erfolgreich verlaufender Vertrauensaufbau und eine ausreichende





Vertrauensbasis. Zu welchem Zeitpunkt dies vorhanden ist, lässt sich kaum allgemein formulieren. Inhalte dieser Vorgespräche können sich auf den Sinn dieses Einbezugs beziehen, aber auch wie weit die Partizipation in den Sitzungen und den Hausaufgaben gehen soll und welche Informationen mit der Begleitperson geteilt werden dürfen oder auch nicht. Der Klient sollte hierbei bereits eine aktive Rolle spielen. Da eine erfolgreiche Intervention ein ausreichendes Sicherheitsgefühl und Vertrauen erfordert, persönliche Informationen mitzuteilen, müssen endgültige Entscheidungen des Klienten auf jeden Fall akzeptiert werden. Ein Übergehen dieser Entscheidungen würde das bereits erarbeitete Vertrauensverhältnis stark belasten. Wie weit diese Reihenfolge in der Praxis immer so klar umsetzbar ist, kann durchaus in Frage gestellt werden. Insbesondere wenn die erste Kontaktaufnahme durch Dritte erfolgt ist, wird es sich nicht vermeiden lassen, dass in solchen Erstgesprächen auch Informationen zur konkreten Problematik, den Fähigkeiten und Defiziten, Interessen und Motivationen fließen. Es muss abgewogen werden, inwieweit so erlangte Informationen und auch welche davon in den ersten Kontakten mit den Klienten selbst offen oder gar konfrontierend thematisiert werden. Es besteht die Gefahr, dass Klienten sich hier übergangen fühlen. Es wäre auf jeden Fall vorzuziehen, den Klienten durch vorsichtiges Nachfragen entsprechende Informationen zu entlocken, so dass dieser wenigstens den Eindruck hat, einen Mindestgrad an Kontrolle über die Situation zu behalten.

Die Rolle der Begleitpersonen kann unter mehreren Aspekten gesehen werden: Die Begleitperson kann als weitere Informationsquelle zur Verfügung stehen. Die bereits oben beschriebenen Gedächtnisprobleme machen es häufig für die Klienten schwierig, Ereignisse und Erlebnisse valide wiederzugeben oder auch zeitlich akkurat einzuordnen. Dabei können vor allem Personen, welche den Klienten auch im Alltag begleiten, sehr hilfreich sein.

Wie weiter unten noch ausführlicher zu beschreiben ist, zeigen Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen häufiger sehr idiosynkratische Sprachstile, sei es aufgrund mangelnden Vokabulars oder Ausdrucksfähigkeiten oder auch aufgrund physiologischer Besonderheiten. Häufig kommt es dadurch zu Verständnisschwierigkeiten und anderen Kommunikationsproblemen. Mit dem Klienten sehr vertraute Personen sind häufig deutlich besser in der Lage, den Klienten zu verstehen und können in solchen Fällen als „Übersetzer*in“ in beide Richtungen fungieren. Da die Frage der Kommunikation essentiell ist, wird diese weiter unten noch einmal gesondert behandelt.

Eine weitere Aufgabe der Begleitperson soll es sein, die Übertragung von Inhalten der Intervention in den Alltag sowie die Ausführung von Übungen oder Hausaufgaben zu unterstützen (Willner & Goodey, 2005). Größere Abstraktionsschwierigkeiten stehen der Anwendung von neu gelernten Fertigkeiten im Alltag im Wege, da problematische Situationen sich natürlich in vielerlei Hinsicht von den theoretisch konstruierten Beispielsituationen der Sitzungen unterscheiden. Eine Generalisierung gelingt häufig nicht und scheitert mitunter schon daran, entsprechende problematische Situationen als solche zu erkennen. Eine anleitende Unterstützung durch eine mitgeschulte Alltagsbegleitung ist dann sehr hilfreich und kann die Kontinuität zwischen den Sitzungen gewährleisten.

Die Mitwirkung der Begleitung in den Sitzungen muss von vorneherein reguliert werden, um eine potentielle Abhängigkeit oder zu starke Bezugnahme des Klienten zu vermeiden. Die Begleitperson sollte in gewissem Sinne vor allem assistierende Aufgaben übernehmen. Die Gestaltung der Sitzungen selbst, bleibt eine Sache zwischen Therapeut*in und Klient. Eine offene gemeinsame Diskussion zu den Themen wie Sicherheitsgefühl, Vertrautheit und Vertrauen sowie Grenzen des Einbezugs müssen

auch gemeinsam mit der Begleitperson möglichst zu Beginn des Programms geführt werden.

Dabei sollte aber immer im Auge behalten werden, dass die Begleitperson zur Erfüllung ihrer Aufgabe über bestimmte Informationen verfügen muss. Notwendige Informationen sind z.B. die Organisation, Inhalte und Wirkweise der Intervention, die Wichtigkeit von Hausaufgaben und notwendige oder auch zu unterlassende Unterstützung sowie auch psychoedukative Aspekte.

5.4 Gruppen- oder Einzelsitzungen

Die Vorteile von Gruppensitzungen sind vor allem darin zu sehen, dass die Gruppe selbst als sozialer Übungsraum fungieren kann. Es besteht die Möglichkeit zu sozialer Interaktion, dem Erlangen von positivem, aber auch negativem Feedback, gegenseitiger Unterstützung und auch gegenseitiger sozialer Kontrolle. Profitieren könnten dadurch die Entwicklung von Ambiguitäts- und Ambivalenztoleranz, von gegenseitigem Respekt und der Relativierung von Antipathien und nicht zuletzt die Klärung von konkreten Konfliktpotentialen. Letzteres kann insbesondere dann eine gewichtige Rolle spielen, wenn sich die Teilnehmer bereits kennen oder auch außerhalb der Gruppe miteinander Kontakt haben. Möglicherweise vorhandene Konflikte zwischen den Teilnehmern können die Gruppenarbeit zusätzlich belasten, bieten andererseits aber auch die Möglichkeit der direkten Bearbeitung dieser Konflikte und ein entsprechendes Lernpotential.

Ebenfalls als problematisch erweisen könnte sich ein Gruppensetting aufgrund einer ausgeprägten, in der Zielgruppe weit verbreiteten Misstrauensproblematik und Kontaktängstlichkeit. Damit ist aber wahrscheinlich eher dann zu rechnen, wenn sich die Teilnehmer und vor allem möglicherweise anwesende Bezugspersonen gegenseitig fremd sind.

Grenzen sind auch durch den notwendig sehr hohen Grad an Individualisierung der Intervention gesetzt. Eine Gruppe sollte bezüglich der individuellen Leistungsfähigkeitsprofile nicht allzu heterogen sein. Es besteht die Gefahr, dass entweder Teilnehmer mit stärkerer Beeinträchtigung nicht mitgenommen werden können, oder aber die leistungstärkeren Teilnehmer sich langweilen und in einer weitgehend passiven Haltung einrichten.

Wie bereits oben angedeutet kann der empfohlene regelmäßige Einbezug von Begleitpersonen in die Sitzungen innerhalb eines Gruppensettings den Aufbau einer Vertrauensbasis stören oder zumindest deutlich erschweren. Auch Aspekte des Datenschutzes wären hier zu berücksichtigen.

Einzelsitzungen scheinen geeignet, besonders schambehaftete Themen wie Sexualität oder Schuld zu bearbeiten. Es kann angenommen werden, dass die Gefahr der Ausbildung destruktiver Reaktanz in Einzelsitzungen weniger wahrscheinlich ist als in einem Gruppensetting. Auch sind individuelle Anpassung (Arbeitsgeschwindigkeit, individuelle konkrete Themen) und auch das intensivere Bearbeiten konkreter individueller Problemstellungen im Einzelsetting besser möglich. Es kann daher im Einzelfall sinnvoll sein, Gruppensitzungen, soweit sie zustande kommen, mit Einzelsitzungen zu kombinieren.

Unter Umständen und vor allem bei ausgeprägter Misstrauensproblematik oder Kontaktangst, ist es sinnvoll, zumindest den notwendigen Beziehungsaufbau in Einzelsitzungen anzugehen. Es wird sogar empfohlen (Došen, 2018; Lingg & Theunissen, 2017) den Erstkontakt, welcher sich auch über mehrere Sitzungen erstrecken kann, in einer dem Klienten vertrauten Umgebung stattfinden zu lassen. Für die Kontaktaufnahme können auch gemeinsame alltägliche Aktivitäten wie gemeinsames Einkaufen oder Kaffeetrinken geplant werden, um





damit eine ungezwungenere Atmosphäre zu schaffen. Lingg & Theunissen (2017) empfehlen zunächst kurze, häufigere Kontakte. Die Dauer der Sitzungen muss an die emotionale und kognitive Belastbarkeit der Klienten angepasst werden.

Taylor, Lindsay & Willner (2008) sehen insbesondere für Personen mit stärkeren intellektuellen Beeinträchtigungen einen Vorteil in hochfrequenten Einzelsitzungen gegenüber Gruppensitzungen. Bei Bedarf und entsprechende Eignung vorausgesetzt kann der Übergang in ein Gruppensetting gemeinsam mit dem Klienten und der Begleitperson beizeiten überlegt werden. Letzteres impliziert bereits, dass auch mit Klienten zu rechnen ist, für welche eine Gruppenintervention nicht das geeignete Mittel darstellt, sei es aufgrund schwer zu überwindender sozialer Angst, ausgeprägtem Misstrauen oder einfach der Notwendigkeit intensiverer, individueller Zuwendung. Sollte die Intervention als Gruppe organisiert werden, ist es notwendig, Rückzugsmöglichkeiten für einzelne Teilnehmende vorzuhalten. Es sollte sich hierbei um einen Raum handeln, welcher einen ungestörten kurzweiligen Rückzug aus der Gruppe für eine einzelne Person, unter Umständen mit Begleitung, ermöglicht. Aufgrund der geringeren mentalen, aber auch körperlichen Belastbarkeit kann es vorkommen, dass Teilnehmer während der Sitzung unterschiedlich schnell an ihre persönlichen Grenzen gelangen und eine persönliche kurze Auszeit nötig ist. Vor allem wenn sich diese Überforderung in Agitiertheit, Unruhe oder auch aggressiven Tendenzen äußert, sollte ein Weg gefunden werden, dass dieses nicht auf die ganze Gruppe überspringt. Wichtig ist, dass das Angebot zu einer kurzen Auszeit so vermittelt wird, dass es von dem Klienten nicht als Strafe empfunden wird. Es empfiehlt sich daher, dieses Thema bereits früh in der gesamten Gruppe anzusprechen und den Rückzug als selbst zu wählende Möglichkeit bei Anzeichen von Überforderung oder Müdigkeit anzubieten.

5.5 Motivation

In den meisten Fällen werden Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen durch äußere Kräfte zur Teilnahme an verhaltensbezogenen Interventionen gebracht. Die Einschätzung der intrinsischen Motivation des Klienten kann über eine Exploration der Einsicht in die Notwendigkeit der Intervention erfolgen. Darüber hinaus ist die Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung der eigenen Kontrolle und Selbstwirksamkeit ein sehr kritischer Punkt und Voraussetzung einer erfolgreichen Intervention und Verhaltensänderung (Hassiotis et al., 2012). Einige sehr konkrete alltagsbezogene Fragen können hier einen Einblick vermitteln, ob der Klient sich selbst als Akteur oder eher als passiv wahrnimmt. Als Beispiele für mögliche Fragen nennen Hassiotis et al. (2012) „Wer hat entschieden was Sie letzten Abend gegessen haben?“, „Als Sie das letzte Mal Kleidung gekauft haben, wer hat darüber entschieden?“, „Wenn es an der Tür klingelt, wer antwortet?“, „Wenn jemand auf der Straße umfällt, was würden Sie tun?“ Antworten, welche von Initiative zeugen, sprechen für eine interne, Antworten wie „Ich weiß nicht“ oder welche Hinweise auf andere Aktive beinhalten, auf eine externe Kontrollüberzeugung.

Eine Technik zum Motivationsaufbau und -erhalt findet sich im Konzept des Motivational Interviewing wieder. Hier geht es vor allem darum, durch geeignete Fragen oder Hinweise in dem Klienten eine Veränderungsbereitschaft und Stärkung der Selbstverpflichtung zu erreichen. Konkret soll zu Beginn, und im Weiteren dann nach Bedarf, Diskrepanz zwischen einem angestrebten und einem aktuellen Zustand deutlich gemacht werden, um daraus Argumente für eine Veränderung abzuleiten. Ambivalenz oder Widerstand sollen dabei als normaler Teil des Veränderungsprozesse betrachtet werden und nicht zu einer Entmutigung führen.

Grundsätzlich ist eine Fokussierung auf die vorhandenen Fähigkeiten und Stärken aber auch von positiven Möglichkeiten in der sozialen Umwelt (Ressourcenorientierung) dem Fortschritt dienlicher als eine, wenn auch unbeabsichtigte, Konfrontation der Klienten mit ihren eigenen Defiziten. Die Erfahrung der eigenen Fähigkeiten als solche und der darauf basierenden Fortschritte, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, befördern intrinsische Motivation, die dann auch dem Ausbau weniger ausgeprägter Fähigkeiten oder einem fördernden Training defizitärer Bereiche nutzbar gemacht werden kann. Voraussetzung hierfür ist eine akkurate Eruiierung solcher nutzbaren Ressourcen, seien diese in der Person selbst angelegte Fähigkeiten oder auch Möglichkeiten in der sozialen Umwelt. Ein Ziel der Intervention sollte es sein, diese Fähigkeiten zu aktivieren und deren angemessene Nutzung zu fördern und damit eine positive Selbstwirksamkeitserwartung aufzubauen. Nicht nur konkret erkennbare Fortschritte müssen dabei betont und sozial belohnt werden, sondern auch bereits entsprechende Bemühungen. Dabei sollten die Anforderungen so gewählt sein, dass regelmäßige positive, bedürfnisbefriedigende Erfahrungen gemacht werden können.

5.6 Beziehungsgestaltung und die Rolle der Interventionsleitung

Aufgrund der wahrscheinlich mannigfaltigen negativen Erfahrungen mit therapeutischem und sozialpädagogischen Fachpersonal und/oder anderen Autoritäten fällt es den Klienten häufig schwer, sich auf eine förderliche Vertrauensbasis einzulassen (Hassiotis et al., 2012). Darum fällt der Beziehungsgestaltung und der damit verbundenen Rolle der Interventionsleitung ein zentraler Stellenwert zu. Da sich der Aufbau einer soliden, tragfähigen Vertrauensbasis als besonders zeitintensiv herausstellen kann, ist hierbei, aber auch an anderer Stelle, vor allem viel Geduld gefordert.

Aufgrund ungünstiger Bindungserfahrungen häufig vorherrschende, problematische Bindungsstile stellen eine zusätzliche Erschwernis dar. Oft sind solche von außen nicht unmittelbar zu beobachten und erfassbar, sondern zeigen sich erst im Verlauf des Beziehungsaufbaus. Das von Seiten der Interventionsleitung bereitgestellte Beziehungsangebot sollte sich hier als ausreichend flexibel zeigen, um auf eventuell aufkommende Schwierigkeiten bzw. sich hierin zeigende Bedürfnisse der Klienten eingehen zu können. Gleichzeitig darf aber eine professionelle Mindestdistanz nicht unterschritten und gegenüber den Klienten als Grenzen klar definiert werden. Dabei ist zu beachten, dass Klienten dies nicht als ablehnende Haltung gegenüber ihrer Person auffassen. Gegebenenfalls ist dies mit den Klienten zu thematisieren und zu erörtern.

Die Haltung der Interventionsleitung soll sich durch bedingungslose Akzeptanz des Gegenübers, Empathie, Authentizität und Selbstkongruenz auszeichnen. Auf dieser Grundlage sollen ein empathisches Verstehen und Nachfühlen der Erfahrungen des Klienten möglich werden. Der Klient soll sich selbst als wertvollen und fähigen Beziehungspartner erleben und sich in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren können (Lingg & Theunissen, 2017; Hassiotis et al., 2012). Eine freundliche und empathische Haltung fördert auch die Motivation und das Engagement des Klienten. Authentizität und Empathie sind auch die Voraussetzungen für den Aufbau eines förderlichen Rapports (Hassiotis et al., 2012).

Lingg und Theunissen (2017) sehen die affektive Kommunikation als wesentlichen Kern einer therapeutischen Beziehung und eine positive Beziehung als zentrales Element in der Arbeit mit Menschen mit geistigen Behinderungen. Eine positive, tragfähige Beziehung kann über beziehungsstiftende Arbeitsformen, z.B. gemeinsame Unternehmungen, Aktivitäten oder Spiele oder auch



leib- oder körperorientierte Kommunikationsformen aufgebaut werden (siehe hierzu auch das Kapitel 7). Die Beziehungsgestaltung beinhaltet ebenfalls die wiederholte Rückversicherung, dass der Klient mit seinen Bedürfnissen und im Interaktionsverhalten erreicht und respektiert wird, sich emotional angenommen und verstanden fühlt sowie Anerkennung und positive Resonanz auf Bemühungen und Erfolge des Klienten.

Eine besondere Herausforderung besteht in der notwendigen erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber verbalen, aber auch nonverbalen Äußerungen wie Mimik, Gestik und weiteren Verhalten. Vor allem für mit diesem Personenkreis Unerfahrene kann dies ein besonderes Hindernis darstellen (Hassiotis et al., 2012). Aus diesem Grund empfehlen Lingg & Theunissen (2017) die Vorschaltung einer vertrauensstiftenden Phase mit sozialpädagogisch gelagerten Aktivitäten, was letzten Endes auch der Motivation des Klienten sowie seinem Commitment zugutekommen soll. Zum Schaffen einer Atmosphäre von Vertrauen und Zusammenarbeit ist eine ausreichende Flexibilität notwendig, um der Situation, dem Niveau und den Bedürfnissen des Klienten zu entsprechen.

Solch eine vorgeschaltete Phase findet sich in der Prä-Therapie nach Pörtner (1999, 2001 nach Lingg & Theunissen, 2017). Die hier vorgeschlagene Vorform der eigentlichen Therapie ist an Menschen adressiert, die z.B. aufgrund einer geistigen Behinderung schwer therapierbar sind. In erster Linie geht es darum, durch aufmerksames Zuhören, Beobachten von Mimik, Gestik, Bewegung und einfühlen-dem Verstehen und Ernstnehmen, einen Blick in die Welt des Patienten zu öffnen. Durch verschiedene Techniken soll der Klient angeregt werden, aus seinem autistischen Kokon herauszutreten und soziale Beziehungen aufzunehmen. Dazu gehört die verbale Spiegelung der Situation, der Körperhaltung und der Mimik. Letztere sollen den Kontakt des Klienten zu sich selbst erleichtern. Bei Ver-

ständigungsproblemen können auch Wort-für-Wort-Wiederholungen zur Kontaktherstellung sinnvoll sein. Das Spiegeln der emotionalen Befindlichkeit selbst gilt schon als wertvolle Behandlungsmethode. Besonders Personen mit Schwierigkeiten der Emotionswahrnehmung, sowohl bei sich selbst, als auch bei anderen, können von dieser Methode profitieren. Es soll aber nicht unterschlagen werden, dass diese Methode alleine das eigentliche Ziel der Verhaltensänderung wohl eher nicht erreichen kann. Hassiotis et al. (2012) weisen Therapeut*innen eine mehr didaktische Rolle als gegenüber nicht Beeinträchtigten zu. Willner & Goodey (2005) gehen in eine ähnliche Richtung, wenn sie eine mitunter stärker lenkende Rolle unter Umständen als notwendig erachten. Es muss aber sehr darauf geachtet werden, dass der Klient Direktheit und Klarheit nicht als Vorwurf, Zurückweisung oder Feindseligkeit missinterpretiert.

5.7 Kommunikation und Gesprächsführung

Für eine angemessene Kommunikation und Gesprächsführung ist es unerlässlich, sich auf Stil und Tempo des Gegenübers einzulassen und die Akzeptanz eines langsamen Fortschritts (Willner & Goodey, 2005). Betroffene zeigen mitunter sehr spezifische Kommunikationsstile aufgrund der besonderen, eigenen Beeinträchtigung, welche aber nicht repräsentativ für die tatsächlichen Fähigkeiten stehen. So kommt es bei Autismus häufig zu Echolalie. Andere Betroffene zeigen eine Neigung zu Perseveration, einem Beharren oder Haftenbleiben auf einmal aufgetauchten psychischen Eindrücken (z. B. Gedanken oder Vorstellungen) oder auch das beharrliche Wiederholen von Bewegungen, Wörtern oder Zahlen. Dies kann sehr schwierig zu durchbrechen sein und stressbedingt aufkommen. Hier ist Geduld der Schlüssel zum Erfolg. Ein von Hassiotis et al. (2012) vorgeschlagener Lösungsversuch liegt in einem Vertrag. Dieser erlaubt ein zwei- bis dreiminütiges Gespräch über das gewünschte Thema, um

dann auf das aktuelle Sitzungsthema zurückzukommen. Zusätzliche Pausen oder sogar kürzere Sitzungen können ebenfalls in Betracht gezogen werden. Solche, auf das konkrete Gegenüber abzustimmende Maßnahmen sind aus einleuchtenden Gründen in Einzelsitzungen natürlich leichter anwendbar als in einem Gruppensetting.

Fragen und Gedanken sollten in möglichst einfacher Weise kommuniziert werden. Es sollte eine möglichst einfache, direkte, alltägliche Sprache genutzt und langsam gesprochen werden. Einfache, kurze Sätze werden meist besser verstanden. Es sollten nicht mehr als drei Schlüsselkonzepte oder Ideen pro Satz verwendet werden. Wegen der bei Betroffenen verbreiteten Akquieszenzneigung sind kurze Entweder-Oder-Fragen der Verwendung von Ja-Nein-Fragen wenn möglich vorzuziehen (Hassiotis et al., 2012). Komplexe, abstrakte Ideen sollten möglichst vermieden oder zumindest umformuliert oder zerlegt werden. Es kann hilfreich sein, Erklärungen mit konkreten Beispielen oder auch alltäglichen Dingen in Verbindung zu bringen. Informationen sollten so oft wie möglich kontextualisiert dargeboten werden. Als Verständigungshilfe in beide Richtungen kann auch auf Bilder oder Symbole, z.B. eine „Body-Map“ zur Erläuterung physiologischer Anzeichen emotionaler Lagen, zurückgegriffen werden.

Letzten Endes laufen diese Empfehlungen auf den Gebrauch leichter Sprache hinaus. Weiterführende Informationen hierzu finden sich unter anderem auf den Internetseiten des „Netzwerk Leichte Sprache“ (www.leichte-sprache.org) oder der „Aktion Mensch“ (www.aktion-mensch.de/dafuer-stehen-wir/was-ist-inklusion/was-ist-leichte-sprache)

Die Körpersprache und Mimik erfordert große Beachtung, da diese für die Zielgruppe eine wichtige Methode des Ausdrucks und des Verständnisses darstellt. Dies bedeutet einerseits, die eigene nonverbale Kommunika-

tion bewusst zu reflektieren und andererseits, dass der Blickkontakt und die visuelle Beachtung des Gegenübers auch dann aufrechterhalten bleiben muss, wenn dieses spricht. Dem Klienten muss ausreichend Zeit für seinen Gesprächspart zugestanden werden. Dies kann mitunter deutlich länger dauern, als erwartet. Ein sorgfältiges und gewissenhaftes Zuhören muss aber dennoch gewährleistet sein.

Ein offener Ausdruck von Gedanken, Gefühlen, Ideen und Überzeugungen geschieht mitunter nur zögerlich, weil sie für falsch und/oder unwichtig gehalten werden. Die dem zugrundeliegenden Überzeugungen können innerhalb eines sokratischen Dialogs (siehe unten) bearbeitet werden. Dabei müssen Fragen einfach und direkt formuliert sein.

Eine besondere Herausforderung bei der Zielgruppe ist deren leichte Beeinflussbarkeit. Vor allem bei Leit- oder Suggestivfragen kann es passieren, dass erwartete Antworten ohne die dahinterliegende notwendige Einsicht gegeben werden. Es muss sichergestellt werden, dass die gegebenen Informationen auch verstanden wurden. Eine konstante Überprüfung durch regelmäßiges Nachfragen nach Zusammenfassungen oder Wiederholungen der Inhalte ist unerlässlich. Es kommt vor, dass Betroffene einfach nur das letzte Gehörte wiederholen und damit die Kommunikationsinhalte nur oberflächlich bestätigen (Willner & Goodey, 2005; Hassiotis et al., 2012). Wenn notwendig, müssen Inhalte immer wieder behandelt werden. Dabei sollten auch alternative Kommunikationswege oder -mittel zur Anwendung kommen.

Auch das eigene Verständnis der Äußerungen des Klienten muss sichergestellt sein. Bei Kommunikationsproblemen sollte tunlichst vermieden werden, aus falsch verstandener Höflichkeit ein Verständnis vorzutäuschen, sondern höflich nachgefragt werden. Wenn nichts ande-



res hilft, kann mit Erlaubnis des Klienten auch die Begleitperson einbezogen werden. Aufgrund des höheren Bekanntheitsgrades sind regelmäßig mit dem Klienten betraute Betreuungspersonen häufig besser in der Lage, die idiosynkratischen Sprach- und Ausdrucksspezifitäten zu verstehen und zu übersetzen. Dabei muss natürlich streng darauf geachtet werden, dass der Klient sich während des Dialogs mit der Begleitperson nicht ausgeschlossen fühlt, und der Eindruck entstehen könnte, dass mehr über den Klienten als mit ihm gesprochen wird und dieser damit in eine passive Rolle gedrängt wird. Diese Rolle ist vielen Betroffenen sehr vertraut, aber dem Ziel, Verhaltensänderungen auch aufgrund von vor allem eigener Einsicht zu erreichen, hinderlich.

Kommunikationsprobleme können auch im Zusammenhang mit weiteren individuellen physischen oder mentalen Aspekten auftreten. Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen leiden überdurchschnittlich oft auch unter weiteren Beeinträchtigungen wie Seh- oder Hörproblemen, aber auch physiologisch bedingte Besonderheiten des sprachlichen Ausdrucks (siehe oben). Auch Medikation oder das Vorliegen einer Epilepsie können die Kommunikationsfähigkeit beeinflussen. Unter Um-

ständen muss hier auf angemessene kommunikationsunterstützende Systeme zurückgegriffen werden, was in der Regel eine besondere Assistenz erfordert. Aber auch Tageszeit, generelle Stimmung und das allgemeine Interesse am Thema spielen eine Rolle.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, großzügig den Gebrauch von visuellen Arbeitsmaterialien und Kommunikationsmitteln einzubinden. Dies können z.B. Bildmaterial zu emotionalen Zuständen, Strukturierungshilfen in Form gestalteter Tabellen oder auch Darstellungen zeitlicher Abfolge sein. Der eigenen Kreativität oder möglicherweise auch der Kreativität der Klienten sind hier kaum Grenzen gesetzt. Anregungen und beispielhaftes Material finden sich unter anderem in dem für die Arbeit mit Menschen mit autistischen Störungen entwickelten TEACCH-Konzept (Häußler, 2022), dem die gleiche Zielgruppe ansprechenden Picture Exchange Communication System (www.nationalautismresources.com; www.pecs-germany.com) oder auch in dem von Hassiotis et al. (2012) für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen entwickelten Manual kognitiver Verhaltenstherapie (Literaturverzeichnis). Weitere Quellen sind die Websites www.minspeak.com und www.metacom-symbole.de.

6. Konkretere Problemstellungen und Interventionstechniken

Bei allen Interventionsformen kann in der ersten Phase mit leichten Verbesserungen gerechnet werden, welche allein auf unspezifische Wirkfaktoren wie einer positiven therapeutischen Allianz, einem Vertrauensverhältnis, positiver Akzeptanz und positiver Rückmeldungen zurückgeführt werden können. Erst in einer anschließenden Phase findet ein langwieriges Umlernen fest etablierter Gewohnheiten statt, wobei mit deutlich langsameren Fortschritten zu rechnen ist.

Lingg & Theunissen (2017) halten grundlegend körper- oder gestalttherapeutische Ansätze für erfolgversprechender als stark verbal orientierte Methoden wie z.B. Gesprächstherapie oder kognitiv-behaviorale Methoden. Ergänzend könnten zusätzliche Angebote notwendig sein, welche sich eher nonverbaler Kommunikationsformen bedienen und die Kreativität der Klienten ansprechen, wie Musik- oder Kunsttherapie. Diese kämen auch dem hohen Bedürfnis nach Konkretheit und nach handelndem Lernen entgegen.

Personen mit leichten oder mäßigen Formen geistiger Behinderung (IQ 55 – 75) können von vereinfachten, angepassten Methoden aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum profitieren. Die Wirksamkeit wird aber nur als moderat eingeschätzt. Allgemein soll eine in ein lebensweltliches Gesamtkonzept eingebettete Interventionsstrategie eine höhere Wirkung erzielen.

6.1 Bearbeitung dysfunktionaler Schemata

Die systematische Veränderung dysfunktionaler Wahrnehmungs-, Denk- und Einstellungsmuster ist das Kernziel klassischer kognitiv-behavioraler Interventionsmethoden. Dabei wird davon ausgegangen, dass emotionale Belastungen nicht direkt durch äußere Bedingungen verursacht werden, sondern erst durch subjektive Interpretations- und Bewertungsprozesse wirken. Diese wie-

derum basieren auf grundlegenden Einstellungen und kognitiven Schemata (Mühlig & Poldrack, 2011). Um diese Veränderungen anzustoßen, wird auf verschiedene Interventionstechniken unterschiedlicher Komplexität zurückgegriffen. Darunter fallen z.B.

- Einfache Selbstkontrollverfahren (Selbstverbalisation, Selbstinstruktion, Selbstverstärkung)
- Veränderung von Interpretations- und Bewertungsmustern (kognitive Umstrukturierung, Disputation, Entwicklung rationaler Alternativen)
- Komplexere Therapieprogramme (Problemlösetraining, Selbstmanagement)

Zu Beginn eines Interventionsprogramms steht die Identifikation dysfunktionaler Bewertungs- und Interpretationsschemata. Mit Bezug auf konkrete Situationen sollen sukzessive zugrundeliegende Denkmuster, Grundannahmen und Einstellungen und folgend funktionale Beziehung zwischen dem problematischen Verhalten, der Wahrnehmung interner und externer Reize sowie Einstellungen und Plänen herausgearbeitet werden (funktionale Problemanalyse). Besonderes Augenmerk wird auf die Analyse eigener Erwartungen und Einstellungen in Bezug auf die eigene Person, die Situation und die Konsequenzenerwartungen gelegt. Im Weiteren werden Handlungsregulation vermittelnde kognitive Prozesse identifiziert und der therapeutischen Veränderung zugänglich gemacht.

Zentral für die anschließende kognitive Umstrukturierung ist die Überprüfung und Hinterfragung und letzten Endes der Abbau unangemessener, behindernder dysfunktionaler Denkmuster mittels rationaler Analyse und Disputation. Erstes Ziel ist die Einsicht in die Notwendigkeit der Veränderung entsprechender Schemata, womit die Arbeit am Aufbau angemessenerer alternativer Denk- und Bewertungsmuster beginnt.



Ein häufig eingesetztes Verfahren zur kognitiven Umstrukturierung ist der sogenannte sokratische Dialog. Durch diese Gesprächstechnik sollen bisherige Einstellungen und Grundannahmen des Gegenübers durch geschicktes Hinterfragen aufgedeckt werden. Der Klient soll dazu herausgefordert werden, Widersprüche in seinem Denken und Unstimmigkeiten in den eigenen Überzeugungen selbst zu entdecken. Dies kann ein sehr langwieriger Prozess sein, eine direkte Konfrontation des Klienten mit seinen irrationalen Denkmustern würde aber nur Reaktanz hervorrufen.

Die Anwendbarkeit solch komplexer Methoden ist stark von der intellektuellen Leistungsfähigkeit des Klienten abhängig. Dementsprechend muss die Fragetechnik modifiziert und auf ein angemessenes Niveau herabgesenkt werden. Anzeichen von Überforderung müssen beachtet und berücksichtigt werden. Mitunter ist eine mehr direkte Methode wie Selbstinstruktionstraining vorzuziehen. Auch kann die Interventionsleitung als Stellvertreter*in eine Hilfs-Ich Funktion anbieten und eigene Interpretationsansätze oder Gedankengänge zur Übernahme oder als Ansatzpunkt anbieten (Willner, 2005). Aber auch hier sollte weiterhin der Grundsatz beachtet werden, dass die möglichst eigenständige Exploration durch den Klienten die nachhaltigeren Ergebnisse erzielt, da hier auch gleichzeitig die eigene Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt und damit bereits der Problemdruck verringert wird. Der zu erfahrende eigene produktive Anteil an dem Gesamtprozess sollte für den Klienten möglichst hoch sein. Dies gilt genauso für die Entwicklung alternativer Lösungsmöglichkeiten und neuer Sichtweisen.

Nach Hassiotis et al. (2012) ist die Fähigkeit zur Erkennung von Gefühlen und ihrer Verbindung zu Verhalten eng an verbale Fähigkeiten und dem generellen IQ gekoppelt. Von daher erscheinen kognitiv ausgerichtete Interventionen, vor allem in ihren komplexeren Formen, nicht die

erste Wahl für eine Klientel mit kognitiven Beeinträchtigungen, zumindest nicht ohne umfängliche Anpassungen. Willner & Goodey (2005) empfehlen eine möglichst frühe Einschätzung der vorliegenden Fähigkeiten, entweder durch „kognitive Experimente“ (z.B. „Könnte man in einer gegebenen Situation auch etwas anderes denken?“) oder formal (z.B. „Wenn eine bestimmte Situation gegeben ist, was wird man wahrscheinlich denken?“). Schwierigkeiten in der Artikulation eigener Gedanken verlangt ein Zurücknehmen der geführten Exploration zugunsten eines mehr direktiven Selbstinstruktionsansatzes. Auch die Entwicklung alternativer Gedanken erfordern ein höheres Maß an Unterstützung und müssen unter Umständen von der Interventionsleitung entwickelt und bereitgestellt werden. Die häufig sehr ausgeprägte Aquieszenzneigung kann hier ein Vorteil bezüglich der Annahme bereitgestellter Gedankenkonstrukte durch die Klienten sein.

Hassiotis et al. (2012) halten es für ratsam, mit emotionalen Reaktionen zu beginnen, das Verständnis für daraus entstehende Gedanken zu fördern und erst als finalen Schritt die Verbindung zum Verhalten herzustellen. Auch sollten emotionale Reaktionen zumindest vorerst direkt mit Situationen verknüpft und die Rolle vermittelnder Gedanken und Einstellungen zurückgestellt werden. Zu Beginn kann hierzu ein einfaches Gespräch über Gefühle stattfinden. Hierbei sollte zuerst auf einfache Emotionen eingegangen werden. Die Beschreibungen und Definitionen müssen einfach gehalten und auf einer für den Klienten persönlichen Ebene erfahrbar sein. Als sehr effektiv für ein möglichst genaues Verständnis und die Erkennung verschiedener emotionaler Zustände hat sich aus Sicht der Autor*innen das Rollenspiel bewährt.

Grundsätzlich gilt für eine Klientel mit beeinträchtigten intellektuellen Fähigkeiten möglichst viele Themen anhand persönlicher Erfahrungsbereiche zu konkretisieren. Dazu können auch Problemfelder aus der Biografie des

Klienten gesammelt und besprochen werden. Dabei ist sicherzustellen, dass der Klient die entstandenen Gefühle und dadurch hervorgerufenen Gedanken erkennen und benennen kann. Hilfreich kann hier ein „Gedanken- und Gefühlstagebuch“ sein, in welchem der Klient seine alltäglichen Erfahrungen niederlegt. Auch hier kann mit vorgegebenen Visualisierungshilfen gearbeitet werden. Bei solchen persönlichen Erfahrungsberichten sollten die dahinterliegenden Überzeugungen nicht zu früh herausgefordert werden. Die Erfahrungen und Erwartungen der Klienten in der berichteten Situation dürfen nicht zu früh für ungültig erklärt werden.

Eine erschöpfende Erklärung und Bearbeitung sogenannter „core beliefs“ (der einem jeweiligen System zusammenhängender kognitiver Schemata zugrundeliegenden Kernüberzeugungen) ist wahrscheinlich wenig hilfreich. Wichtig ist, dass die Beziehung zwischen Gedanken und Überzeugungen und deren Beitrag zur Entstehung dysfunktionaler, unangemessener Emotionen erklärt bzw. durch den Klienten entdeckt wird. Hilfreich ist es, diese Zusammenhänge visuell darzustellen. Denkbar wäre eine durch den Klienten vorzunehmende Anordnung von Symbolbildern auf eine Zeitreihe, wobei der Klient durch direkte Fragen geleitet werden kann. Dabei ist zu beachten, dass eine unnötig lange Fokussierung auf negative Gedanken aufgrund der hohen Perseverationsneigung kontraproduktive Effekte haben kann. Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen bleiben leicht in diesen hängen und haben Schwierigkeiten aus diesem Zirkel auszubrechen.

Um dem Klienten die Verbindung zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten nahe zu bringen, sind häufige Konversationen, auch wiederholt, notwendig. Das Herstellen des Verständnisses hat hohe Priorität, kann aber für die Klienten schwierig sein und muss daher möglichst einfach gehalten werden.

Willner und Goodey (2005) machen darauf aufmerksam, dass die Prämisse, dass Gedanken Emotionen erzeugen, mitunter relativ schnell verstanden und akzeptiert wird, die größeren Schwierigkeiten aber darin bestehen, alternative angemessenere Gedanken zu entwickeln. Hier ist eine stärkere Hilfestellung erforderlich bis hin zur Vorgabe konkreter Skripte, welche in bestimmten Situationen genutzt werden sollen. In diesen Fällen würde ein Großteil der Hausaufgaben darin bestehen, diese Skripte einzuüben und die Erzeugung angemessener Einschätzungen damit auf eine Selbstinstruktionsprozedur reduziert. Häufig vorhandene Probleme mit der Selbststeuerung verlangen dabei nach einer über die eigentliche Intervention hinausgehende Assistenz bei der Einübung, aber auch der Umsetzung im Alltag.

6.2 Selbstmanagement und Selbstinstruktion

Unter Selbstmanagement werden Fähigkeiten verstanden, welche dazu genutzt werden können, das eigene Verhalten zu ändern. Darunter fallen Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung und -überwachung, zur Selbsteinschätzung und -bewertung, zur Selbstverstärkung und auch zur Abwägung von Konsequenzen mit dem Ziel, angemessene Formen sozialer Kommunikation und eines Bewältigungsverhaltens zu entwickeln. Dabei erzeugt Selbstüberwachung bessere Effekte, wenn sie mit Selbstbewertung oder Selbstverstärkung – verbal oder symbolisch – kombiniert wird (Willner, 2005).

Eine konkretere Form des Selbstmanagements stellt die Technik der Selbstinstruktion dar. Selbstinstruktionstraining zielt auf die Entwicklung internalisierter Dialoge, um Verhaltensschwierigkeiten und soziale Ängste zu überwinden sowie Selbstkritik oder Selbstzweifel zu verdrängen. Die zu nutzenden Aussagen werden von der Interventionsleitung vorgemacht. Dann wird der Patient ermutigt, offene Aussagen zu tätigen und später





zu versteckten Aussagen. Die Instruktionen müssen dem Sprachniveau entsprechend ausreichend einfach sein oder durch den Gebrauch von Bildern ergänzt werden. Häufig gibt es Probleme mit der Generalisierung auf andere Situationen, möglicherweise aufgrund von Schwierigkeiten mit der Selbstregulation. In der Lerngeschichte haben sich oftmals eine starke Abhängigkeit von externen Hinweisen und damit ein externer „Locus of Control“ herausgebildet. Abhilfe kann ein Training von metakognitiven Fähigkeiten bringen, z.B. durch die Nutzung des sokratischen Dialogs. Auf non-verbalen Ebene kann mit Hilfe von Symbolen oder Signalbildern in Form von Kärtchen gearbeitet werden (Willner, 2005).

6.3 Selbstbehauptungstraining

Nicht zuletzt aufgrund der häufig weitgehend fremdbestimmten Lebensführung haben Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen häufig Probleme, für sich selbst einzutreten und wenn sie es tun, dann häufig auf unangemessene Weise. Ein Mangel an Fähigkeiten zur Selbstbehauptung kann sowohl zu Ängstlichkeit als auch zu Depressionen führen (Hassiotis et al., 2012).

Ziel von Selbstbehauptungstraining ist die Befähigung, eigene Wünsche angemessen vertreten und gegebenenfalls auch durchsetzen aber auch Bitten zurückweisen zu können. Zunächst sollte der Unterschied zwischen selbstbewusster Kommunikation zu aggressiver bzw. passiver Kommunikation geklärt werden: eine entschiedene Erklärung persönlicher Bedürfnisse unter Berücksichtigung der Gefühle anderer. Auf einer konkreteren Ebene müssen behandelt werden (Hassiotis et al., 2012):

- Stimmintensität (laut vs. leise)
- Wann ist zu antworten (impulsiv vs. angemessen)
- Dauer der Antwort (fokussiert vs. langwierig, umschweifend)
- Blickkontakt
- Körpersprache (bedrohlich vs. angemessen)

- Fähigkeit zuzuhören (anderen zuhören vs. dauernd selber reden)
- Dies kann über Rollenspiele oder auch anhand von Beispielen geschehen.

Für die Besprechung von Situationen, in welchen von selbstbewusster Kommunikation profitiert werden kann, sollte einige Zeit investiert werden (Hassiotis et al., 2012). Fragen der Angemessenheit von eigenen Wünschen mit Bezug auf die Wünsche und Bedürfnisse des Gegenübers wären in diesem Zusammenhang ebenfalls zu behandeln sowie der Umgang mit berechtigter Zurückweisung und der daraus mitunter entstehenden Frustrationsgefühle auch.

Entwickelte Selbstbehauptungsfähigkeiten können auch das Selbstvertrauen steigern, die in einem Training gelernten Fähigkeiten zu nutzen, um belastende Situationen besser zu bewältigen (Hassiotis et al., 2012).

6.4 Bearbeitung negativer Affekte

Wie bereits weiter oben beschrieben spielen insbesondere Affekte wie Ärger und Wut eine wichtige auslösende oder vermittelnde Rolle für einige Formen gewalttätigen Verhaltens. Auch hierbei gilt, dass diese Affekte von der subjektiven Sicht auf eine gegebene Situation und deren mehr oder weniger automatisierten Interpretation abhängen.

Nach Novaco (1976, 2010) besteht das Ziel eines Trainings im Management von Ärger und Wut zuerst darin, die zur akkurateren Situationseinschätzung verfügbare Zeitspanne so weit zu verlängern, dass eine angemessenere Reaktion möglich wird und fasst die notwendigen kognitiven Bewältigungskapazitäten, welche den Erhalt der internalen Kontrollüberzeugung in einer provokanten Situation gewährleisten können, in fünf Punkten zusammen:

1. Aufklärung und Bewusstmachen der persönlichen Muster von Wut und Ärger (typische Reaktionsweisen und Auslöser)
2. Selbstüberwachung von Erregung und kognitiver Begleiterscheinungen
3. Die Fähigkeit alternativer Betrachtung einer Provokation
4. Verdeckte Selbstinstruktionen zur Lenkung der Situationseinschätzung und um Reaktionsmöglichkeiten zu ermöglichen, welche nicht antagonistisch wirken
5. Die Fähigkeit eine Provokation problemorientiert statt ego-orientiert einzuordnen. Die Situation soll als zu lösendes Problem statt als Bedrohung definiert werden, welcher es zu begegnen gilt. Das habe auch den Effekt der Aufmerksamkeitsausrichtung weg von internen physiologischen und kognitiven Stimuli hin zu der zu lösenden Aufgabe.

Für eine effektive Regulation von Ärger oder Wut ist ein Verständnis für die spezifischen auslösenden Problemlagen essentiell. Ein entsprechendes Training soll dazu führen, die eigenen Gefühle erkennen und benennen zu können, um daraus dann die Zuversicht zu entwickeln, diese auch akkurat und effektiv kommunizieren zu können. Aufgrund früherer negativer Erfahrungen finden sich häufig Vorannahmen über das, was andere Personen den-

ken und tun werden, was wiederum eine entsprechende emotionale Antwort erzeugt. Diese Automatismen und dysfunktionalen Annahmen müssen im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung sehr sensibel herausgefordert und in Frage gestellt werden, um eine ausgeglichene Sichtweise auf gegebene Situationen zu entwickeln. Dabei dürfen die entsprechenden dysfunktionalen Annahmen begründenden persönlichen Erfahrungen des Klienten nicht als ungültig erklärt werden. Zur Einübung neuer, alternativer Verhaltens- und Denkweisen werden von Hassiotis et al. (2012) Rollenspiele nahegelegt.

In diesem Zusammenhang soll noch einmal auf das weiter oben bereits besprochene Selbstbehauptungstraining hingewiesen werden. Dieses scheint geeignet, das Selbstvertrauen zu steigern auch provozierende konflikthafte Situationen konstruktiv und unter Behalt angemessener persönlicher Kontrolle zu lösen.

Novaco (2010) macht auf die motivierenden, energetisierenden Funktionen von Wut und Ärger aufmerksam, welche sich auch positiv für den Interventionsfortschritt nutzen lassen. Es sollte klar sein, dass dies nur gelingen kann, wenn die Fähigkeit zur kontrollierten Kanalisation dieser emotionalen Zustände ausreichend entwickelt ist.



7.1. Ansätze und Wirkkomponenten

Unter Körper- und Bewegungsorientierten Verfahren lassen sich alle Techniken subsumieren, die durch Sport, Bewegung und Körperwahrnehmung nicht nur auf physischer, sondern vor allem auf psychischer und sozialer Ebene auf den Teilnehmer wirken. Der positive Nutzen von Sport und Bewegung, präventiv als auch rehabilitativ, auf das physische und psychische Wohlbefinden des Menschen, ist in der Forschung hinreichend belegt (Hollstein, 2019). Für den vorliegenden Anwendungsbereich müssen die Begrifflichkeiten allerdings differenziert werden. Unter Sport wird eine spezifische Form von regelmäßiger körperlicher Betätigung verstanden, die sich durch das Leistungsprinzip, Konkurrenzkampf und Rekordprinzip auszeichnet (Bohus, 1986). Der Begriff Bewegung soll die Gedanken weggleiten vom leistungsorientierten Sportbegriff, hin zur körperlichen Aktivität, die eine (bewusste) Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper darstellt. Der Zugang über die Körperebene zum psychischen und emotionalen Erleben soll Menschen mit Einschränkungen eine Möglichkeit bieten, sprachliche und kognitive Barrieren zu überwinden. Körper- und bewegungsorientierte Verfahren sollen zum Ziel haben, auf die sozialen Kompetenzen der Teilnehmer einzuwirken und eine Möglichkeit bieten, über Sport und Bewegung eine emotional-affektive Ausdrucksmöglichkeit zu finden. Mit dem Erwerb sozialer Kompetenzen sind hier vor allem die Stärkung und Regulierung des Selbstbewusstseins und des Selbstvertrauens, die Förderung und Regulierung sozialer Interaktionen und der Sozialkompetenz gemeint. Die Entwicklung von Selbsterleben und Selbstrepräsentationen ist eng verknüpft mit der Entstehung des eigenen Körperbildes, womit das Erleben des eigenen Körpers zu einem bedeutsamen und zentralen Teil des Selbsterlebens wird.

Kleinert und Kleinknecht (2012) sehen die Ansatzpunkte von sportlicher Aktivität zur Reduktion von Aggressionen

(bzw. Gewalt und Delinquenz) in den drei Wirkkomponenten biogenetischer Bedingungen (z.B. Transmitteraktivität, Genexpression), psychischer Bedingungen (z.B. Persönlichkeit, Aktiviertheit, Emotionalität) und sozialer Bedingungen (z.B. soziales Umfeld, soziale Rolle und Funktionen). Die Autor*innen nennen die drei Wirkkomponenten als Auslöser auf eine aggressive Motivlage bzw. als Verstärker auf aggressives Verhalten.

Wilke (2007) sieht körper- und bewegungsorientierte Verfahren, welche eher die emotionale als die rationale Entwicklung anregen und fördern, vor allem als mögliche Ergänzung zu sprechenden Interventionsmethoden. Hierbei spielen nicht zuletzt die Interaktion zwischen Worten und deren Bedeutung und den damit verbundenen Gesten bzw. dem Körperausdruck eine Rolle. So werden z.B. in der tiefenpsychologisch fundierten Konzentrativen Bewegungstherapie Wahrnehmungen und Bewegungen als Grundlage des Denkens, Fühlens und Handelns genutzt (Wilke, 2007).

Jessel (2010) räumt der körperbezogenen Arbeit gerade in der Gewaltprävention einen hohen Stellenwert ein, da über diese Kontroll- und Selbstwirksamkeitserfahrungen vermittelt werden und damit auch ein Gewinn von Selbstwert und die Selbstreflexion angeregt werden kann. In der psychomotorischen Förderung bieten Spiel- und Bewegungssituationen Erfahrungsmöglichkeiten mit und durch den eigenen Körper, die dazu führen, die Ich-, Sach- und Sozialkompetenz auf- und auszubauen (Fischer, 2003). Jessel (2008) sieht in dem mehrdimensionalen Ansatz der psychomotorischen Gewaltprävention Handlungsmöglichkeiten, um zu den Tiefengeschichten gewalttätigen Verhaltens vorzudringen. Eine biographische und identitätstheoretische Perspektive muss in diesem Zusammenhang nicht zuletzt das körperlich-leibliche Verhältnis zu sich selbst und anderen aufgreifen. Thematisch bedeutet dies eine Auseinandersetzung mit per-

sönlichen Wahrnehmungsmustern, der eigenen Identität, dem Kommunikationsverhalten und dem eigenen Rollenverhalten und Rollenerwartungen (Jessel 2006). Die psychomotorische Arbeit ist dabei geprägt vom Erleben und dem Umgang mit Gefühlen, Bedürfnissen und Konflikten. Letztlich ist das Ziel das Erlernen eines angemessenen Umganges mit diesen Impulsen oder Provokationen und die Entwicklung von Strategien für Belastungssituationen.

In der Arbeit mit Personen mit geistiger Behinderung sehen Ling und Theunissen (2017) einen Mehrwert vor allem von Entspannungstechniken. Die Autor*innen sehen darin auch eine Form basaler Kommunikation und geben Hinweise bezüglich notwendiger Modifikationen wie

- Gebrauch leichter Sprache (vgl. 5.7 Kommunikation und Gesprächsführung)
- körperliche Hilfestellungen und Anweisungen
- Verhaltensformung (Shaping)
- Biofeedback
- positive Verstärkung
- Vormachen (Modelling)
- Körperführung

Solche Techniken gehören zu einer Intervention im weiteren Sinne dazu und sollten in diesem Bereich tätigen, pädagogisch ausgebildeten Fachkräften bekannt sein. Isoliert angewandt zur Bearbeitung sozialer Verhaltensprobleme oder gar psychischer Störungen seien diese Techniken aber unzureichend (Ling & Theunissen, 2017). Entspannungstechniken eignen sich in diesem Zusammenhang vor allem zur Stressprävention. So sollen bei der Progressiven Muskelrelaxation durch ein bewusstes Anspannen und Entspannen von Muskelgruppen muskuläre Verspannungen gelöst werden, die wiederum emotionale Anspannungszustände reduzieren sollen (Zaudig et al., 2008). Studien (Krajewski et al., 2010, Ponce et al., 2008) belegen die Wirksamkeit des Verfahrens in diesem

Bereich ebenso wie die positive Beeinflussung biologischer Stressparameter wie die Herzfrequenzvariabilität (Chellew et al., 2015).

Für das standardisierte Programm Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn ist in der Metaanalyse von Khoury et al. (2015) ebenfalls ein positiver Effekt im Bereich Stressreduktion durch Achtsamkeitstraining nachweisbar.

Nach Willner (2005) können Entspannungstechniken bei Personen mit milder bis moderater Beeinträchtigung die Verminderung von Wut, Angst oder Aggression bewirken. Allerdings müssen die Klienten lernen, die Techniken auch in Situationen außerhalb des Trainings angemessen anzuwenden. Letzteres bedarf der besonderen Beachtung, da die dazu notwendige Abstraktions- und Generalisierungsleistung möglicherweise nur schwer erbracht werden kann.

7.2 Besonderheiten der Interventionsausrichtung

Kleinert und Kleinknecht (2012) geben für die Ausrichtung aggressionspräventiver Sport- und Bewegungsprogramme zu bedenken, dass jede Zielgruppe geschlechtsspezifischen, biopsychosozialen Eigenschaften unterliegt. Um eine Akzeptanz und einen Effekt in eben dieser Zielgruppe zu sichern, muss berücksichtigt werden, dass jede Sport- und Bewegungsaktivität mit bestimmten Rollen und Identitäten verknüpft ist, die mit der Zielgruppe in Einklang gebracht werden müssen. Die Sport- und Bewegungsaktivität sollte so gewählt sein, dass eine explizite und implizite Vermittlung von Regeln und Normen zu aggressiven oder gewalttätigen Verhalten möglich ist. Der Schwierigkeitsgrad orientiert sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe.



Bewegungsaktivitäten sollen dazu eingesetzt werden, die Umstrukturierung der aggressiven Handlung in Richtung neuer Lerninhalte, wie den Umgang mit den eigenen Gefühlen, dem Erfahren eigener Stärken und Schwächen, dem Lernen sozialer Werte, Regeln und Normen zu fördern (Beudels, 2008).

Jessel (2008) nennt die Stärkung grundlegender Ressourcen, die den Umgang mit inneren Konflikten, individuellen Inkonsistenzen oder Dissonanzen thematisieren, als essenziell in der Interventionsgestaltung. Neben der Veränderung dieser personalen Bedingungen, sind die Veränderung sozialer Bedingungen (z.B. eine autonomieförderliche Umgebung) als Ziel anzusehen.

Bei der Interventionsplanung ist zu berücksichtigen, dass die Art sportlicher und körperlicher Aktivität an vielfältige spezifische und allgemeine Wirkungen gebunden sind (Kleinert & Kleinknecht, 2012). Die Autor*innen weisen darauf hin, dass Effekte durch ein komplexes Geflecht aus miteinander interagierender biologischer (z.B. Veränderung der aktuellen Erregungs- und Stimmungslage), psychischer (z.B. Stärkung des Selbstwerts) und sozialer Variablen (z.B. Wechsel sozialer Bezugsgruppen) entstehen. Diese synergistischen Effekte von Sport- und Bewegungsaktivitäten mit z.B. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen sind zu berücksichtigen bei einer Interventionsplanung.

8. Barrierefreiheit

Viele von intellektuellen Beeinträchtigungen Betroffene leiden darüber hinaus auch an verschiedenen motorischen und/oder sensorischen Einschränkungen. Aus diesem Grund soll eine kurze Behandlung des Themenbereichs Barrierefreiheit nicht fehlen.

Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) definiert in §4 Barrierefreiheit als „[...] bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig“. Die Bundesfachstelle Barrierefreiheit (www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de) betont hier noch einmal den Charakter des „universal designs“ als „[...] eine allgemeine Gestaltung des Lebensumfeldes für alle Menschen, die möglichst niemanden ausschließt und von allen gleichermaßen genutzt werden kann“. Es zeigt sich hier, dass es bei dem Begriff Barrierefreiheit um eine sehr global gehaltene Zielvorstellung handelt, welche je nach Bedarf in mannigfaltigen Konzepten ihren Niederschlag findet. Die Berücksichtigung und detaillierte Darstellung aller auffindbaren Konzepte würden den Umfang dieser Broschüre sprengen. Von daher sollen hier einige Hinweise auf weiterführende Informationsmöglichkeiten genügen, soweit diese nicht bereits an anderer Stelle gegeben wurden.

8.1 Baulich-gestalterische Aspekte

Die baulichen Grundlagen für öffentlich zugängliche Gebäude werden in der DIN 18040-1 erfasst. Hierin werden insbesondere die Bedürfnisse von Menschen mit motorischen Einschränkungen inkl. Rollstuhlfahrende, mit Seh- oder Hörbehinderungen berücksichtigt.

Die Gestaltung von visuellen Informationen auch in öffentlich zugänglichen Gebäuden sind in der Begleitnorm DIN 32975 geregelt. Hierunter fallen neben verschiedenen Beschilderungen auch die Kennzeichnung von Hindernissen wie z.B. Treppen bis zu Bedienelementen technischer Anlagen (z.B. Aufzüge, Türöffner). Darüber hinaus werden auch Aussagen zu taktilen Markierungen und Bodenindikatoren getroffen.

Weitere und detailliertere Informationen zur Planung und Umsetzung barrierefreier Gestaltung in öffentlich zugänglichen Gebäuden finden sich auf der Website der Aktion Mensch, bei www.nullbarriere.de oder auch auf der bereits oben genannten Website der Bundesfachstelle Barrierefreiheit. Auf der Letzteren finden sich auch zum freien Download verfügbare Leitlinien zur DIN 18040-1.

8.2 Webpräsenz

Bezüglich einer barrierefreien Webpräsenz wurden vom W3-Konsortium (W3C) die Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) herausgegeben. Diese enthalten Gestaltungshinweise mit Rücksicht auf sowohl verschiedene sensorische aber auch motorische und kognitive Einschränkungen. Thematisiert werden Wahrnehmbarkeit, Bedienbarkeit, Verständlichkeit und Robustheit. Das Prinzip der Robustheit soll sicherstellen, dass Inhalte von den meisten aktuellen und auch möglichen zukünftigen Benutzeragenten (Software, die Webinhalte für den Benutzer abrufen und darstellt) und assistierenden Techno-



logien (z.B. Leseassistenten, Screenreader, alternative Tastaturen und Zeigegeräte) verarbeitet werden können. Unter Wahrnehmbarkeit werden die Farb- und Kontrastgestaltung aber auch die Verfügbarkeit alternativer Informationen (z.B. beschreibender Text für Bilder, Untertitel, Gebärdensprache) behandelt. Die Bedienbarkeit bezieht sich auf verschiedene Möglichkeiten der Ansteuerung (Maus, Tastatur) aber auch gestalterische Aspekte wie automatische wechselnde Inhalte (zeitliche Komponente) sowie Navigationselemente und ihre Nutzbarkeit bzw. Orientierung auf der Website. Spracheinstellungen, Leseneiveau, Vorhersehbarkeit und Verständlichkeit der Funktionsweise werden unter dem Stichwort Verständlichkeit thematisiert. Die Konformität zu den WCAG wird in drei Stufen (A, AA, AAA) bewertet, mit denen die Erfüllung jeweils bestimmter Kriterien assoziiert sind.

Aktuell liegt die Version 2.1 vor. Eine autorisierte deutsche Übersetzung der Version 2.0 findet sich unter www.w3.org/Translations/WCAG20-de/. Auch über die Seiten der Deutschen Behindertenhilfe Aktion Mensch e.V. finden sich entsprechende Hinweise.

Die Ausführungen in diesen Leitlinien sind sehr technisch gehalten und für Webdesign-Laien nicht leicht verständlich. Professionelle Agenturen und Designbüros sollten

aber in der Lage sein, diese umzusetzen. Ein entsprechender Hinweis sollte hier genügen. Es finden sich sogar Anbieter, welche sich auf die Erstellung barrierefreier Websites spezialisiert haben und damit werben.

8.3 Hörbeeinträchtigung

Für den Umgang mit gehörlosen Personen sei hier als erstes auf die Website des Bundesverbandes der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands e.V. www.bgsd.de verwiesen. Eine Kontaktliste oder andere Möglichkeiten der Vermittlung finden sich hier nicht, jedoch weiterführende Links zu den Websites der Landesverbände (bgsd.de/de/verband/arbeitsgruppen.html). Über diese sind entsprechende Anfragen zu tätigen.

Unter www.tess-relay-dienste.de findet sich ein bundesweiter Telefonvermittlungsdienst für hör- und sprachbeeinträchtigte Menschen. Der Dienst ist 24 Stunden erreichbar und bietet Simultanübersetzung von Deutscher Gebärdensprache (DGS) und Schriftsprache in deutsche Lautsprache und umgekehrt.

9. Befragung der Mitgliedseinrichtungen September 2021

9.1 Einleitung

Im Zuge des Projektes für gewaltausübende Männer mit Beeinträchtigungen wurde über den September 2021 eine Umfrage der Mitgliedseinrichtungen der BAG Täterarbeit Häusliche Gewalt e.V. durchgeführt. Themen dieser Umfrage waren unter anderem eine Bedarfsermittlung, Handlungsfähigkeit der Einrichtungen gegenüber der Zielgruppe und die Interessenlage bezüglich der Arbeit mit der Zielgruppe. Es wurden 91 Einladungen an die Mitglieder verschickt. Es konnten 32 auswertbare Rückläufe, d.h. es wurde wenigstens eine inhaltliche Frage über die Standortfragen hinaus beantwortet, verzeichnet werden. An dieser Stelle soll nur ein im Zusammenhang mit der vorliegenden Handreichung interessierender Ausschnitt der Ergebnisse präsentiert werden.

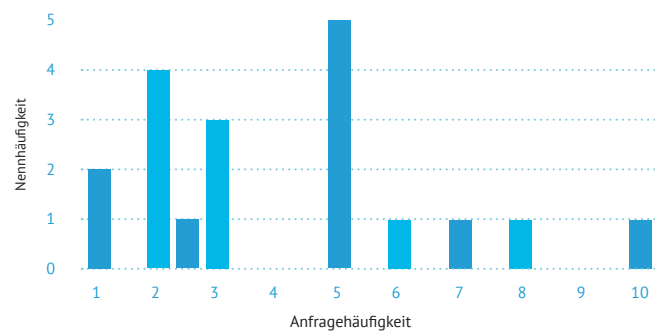
Einleitend soll darauf hingewiesen werden, dass es sich höchstwahrscheinlich nicht um eine repräsentative Stichprobe der Einrichtungen handelt. Es ist damit zu rechnen, dass die Gruppe der teilnehmenden Einrichtungen sich systematisch von den nicht teilnehmenden unterscheidet. Dies kann darin begründet sein, dass Einrichtungen, welche mit der Thematik entweder nicht konfrontiert wurden oder kein Interesse an der Thematik haben mit höherer Wahrscheinlichkeit nicht teilgenommen haben. Es muss klar sein, dass es sich hierbei um eine probabilistische und keine deterministische Aussage handelt. Natürlich sind auch solche Fälle in der Stichprobe vertreten. Das tatsächliche Vorliegen oder auch das konkrete Ausmaß einer solchen, möglicherweise vorhandenen Verzerrung kann nicht seriös eingeschätzt werden. Dementsprechend müssen Schlüsse auf die Gesamtheit der Mitgliedseinrichtung sehr vorsichtig und eher konservativ

erfolgen, da die Voraussetzung für solche Schätzungen, eine ausreichende Repräsentativität der Stichprobe für die Grundgesamtheit (die Gesamtheit der Mitgliedseinrichtungen), möglicherweise nicht gegeben ist.

9.2 Bedarfsermittlung

Die Einrichtungen wurden um eine Einschätzung gebeten, wie viele Anfragen von Tätern häuslicher Gewalt mit kognitiven Einschränkungen direkt oder aber über Dritte in den letzten 12 Monaten an die Einrichtung gestellt worden sind.¹⁹ Einrichtungen berichten von entsprechenden Anfragen in den letzten 12 Monaten. Diese belaufen sich auf insgesamt 45,5 direkte Anfragen (30 gültige Antworten) von Tätern mit kognitiven Einschränkungen und 32 indirekte Anfragen (31 gültige Antworten) über dritte Personen. Von einer Einrichtung liegt nur für die zweite der beiden Fragen eine Antwort vor, welche 0 lautet. Dieser Fall wurde aus der weiteren Analyse dieses Fragenkomplexes ebenfalls ausgeschlossen.

Betrachtet man die Anfragen insgesamt (direkte plus indirekte, 30 gültige Antworten) ergeben sich 77,5 berichtete Anfragen in den letzten 12 Monaten. Der höchste Wert liegt bei 10 Anfragen. Im Mittel erreichten die Einrichtungen $M = 2,58$ Anfragen mit einer Standardabweichung von $SD = 2,79$. Der Median (Der Wert unter und über dem jeweils 50% der Stichprobe liegen) liegt bei $MD = 2$. Zehn Einrichtungen erreichten eine bis drei Anfragen, vier Einrichtungen erreichten mindestens sechs Anfragen, fünf Einrichtungen berichten von fünf Anfragen. Näheres kann aus der folgenden Grafik 1 entnommen werden:



Grafik 1: Anfragehäufigkeitsverteilung gesamt, mindestens eine Anfrage.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass etwa ein Drittel der teilnehmenden Einrichtungen keine Anfragen berichten konnten, ein weiteres Drittel erreichten höchstens drei Anfragen. Beim letzten Drittel gingen mindestens fünf Anfragen ein, dabei mehr als fünf bei jeweils nur einer Einrichtung.

Auch wenn die Standardabweichung in Bezug auf das Intervall der Minima und Maxima nicht übertrieben groß auszufallen scheint, zeigt sich an der Grafik doch ein Cluster im Bereich der niedrigeren Werte von 1 bis 3, was sich auch im arithmetischen Mittel niederschlägt. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit die Häufigkeitsverteilung des oberen Drittels im Intervall [5;10] als Ausreißer verstanden werden müssen und damit als durch zufällige Abweichungen verursacht und im Sinne statistischer Fehler interpretierbar betrachtet werden sollten. Nahe liegender scheint es von systematischen Unterschieden zwischen den Einrichtungen auszugehen, durch welche diese Abweichungen begründbar sind. Über diese kann an dieser Stelle aber nur spekuliert werden.

Eine Einschätzung des Gesamtaufkommens von Anfragen aus diesem Personenkreis für die Gesamtheit der Mitgliedseinrichtungen stellt sich aus zu Beginn bereits erörterten Gründen als schwierig dar. Eine sehr konservative Schätzung müsste die 19 Einrichtungen, welche überhaupt Anfragen in den letzten 12 Monaten erhalten haben, in ein Verhältnis zu allen angeschlossenen und zur Umfrage eingeladenen Einrichtungen stellen. Das würde aber bedeuten, davon auszugehen, dass nur knapp 20 Prozent der Einrichtungen überhaupt mit entsprechenden Anfragen konfrontiert wurden. Dies erscheint doch als übertrieben streng. Etwas realistischer und auch aussagekräftiger sollte ein Bezug zu der Gesamtanzahl der Anfragen ausfallen, da zufällige Fehler aufgrund der höheren Aggregation weniger ins Gewicht fallen. Bei immer noch vorsichtiger Schätzung ist vielleicht davon auszugehen, dass die Anfragehäufigkeit bei den nicht teilnehmenden Einrichtungen eher geringer ausfällt und möglicherweise auf Werte der unteren Zweidrittel der Stichprobe, also zwischen 0 und 3, anzusiedeln ist. Diese Annahme lässt sich auch durch die vorherigen Erörterungen zu potentiellen statistischen Ausreißern stützen.

Für die unteren zwei Drittel der Verteilung ergibt sich ein Mittel von 1,02 Anfragen pro Einrichtung. Das ergäbe für die 59 Einrichtungen, welche nicht teilgenommen haben, ein geschätztes Gesamtanfrageaufkommen von 60,18 in den letzten zwölf Monaten, die für eine Einschätzung des Gesamtbedarfs hinzugerechnet werden müssten. Dieser belief sich dann auf 132,68 geschätzte Anfragen von Tätern mit kognitiven Einschränkungen an die Gesamtheit der Einrichtungen der BAG Täterarbeit Häusliche Gewalt e.V.



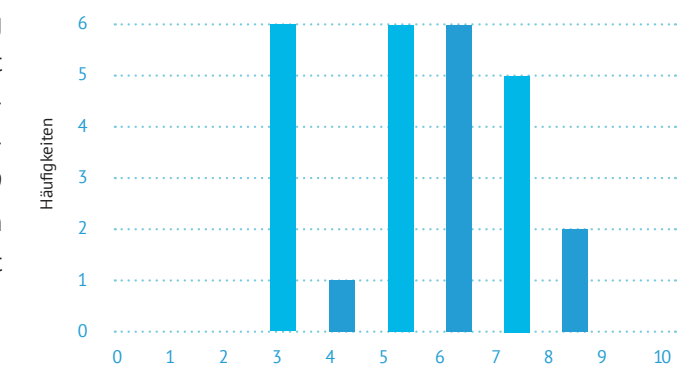
Eine weitere Frage zielte darauf ab, ob den Anfragen mit einem Angebot entsprochen werden konnte und wenn ja, in wie vielen Fällen. Eine Einrichtung berichtet davon, Angebote in zwei Fällen gemacht zu haben, jedoch keine Anfragen. Aufgrund dieser Inkonsistenz wurde dieser Fall aus dieser Analyse ausgeschlossen. Insgesamt wurde die Eingangsfrage (Angebot ja/nein) in 28 Fällen gültig beantwortet. Von diesen berichteten 17, den Anfragen mit einem Angebot entsprochen zu haben. Dies betraf insgesamt 45 Anfragen. Es konnte also 58 Prozent der Gesamtanfragen positiv entgegengekommen werden. Von den 19 Einrichtungen, welche überhaupt Anfragen bekommen haben, konnte die große Mehrheit auf diese zumindest teilweise positiv reagieren.

Hier ist auch die Frage von Interesse, wie sich das Angebotsverhalten über die verschiedenen Einrichtungen verteilt. Diese Analyse bezieht alle 19 Einrichtungen ein, welche Anfragen verzeichnen konnten. Im Mittel beantworten diese Einrichtungen 55,47 Prozent der Anfragen mit einem Angebot mit einer Standardabweichung von $SD = 34,27$. Minima und Maxima liegen zwischen 0 und 100 Prozent. Es zeigt sich also eine recht hohe Variabilität zwischen den Einrichtungen. Daraus lässt sich schließen, dass eine Person mit kognitiven Einschränkungen bei den Einrichtungen sehr unterschiedliche Chancen hat, dass auf eine Anfrage mit einem Angebot reagiert wird.

9.3 Einschätzung der Handlungsfähigkeit gegenüber der Zielgruppe

Die Handlungsfähigkeit der Einrichtung im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Männern als Klienten der Täterarbeit sollte auf einer Skala von 0 bis 10 eingeschätzt werden. Diese Frage wurde in 30 Fällen beantwortet. Keine Einrichtung bewertete sich selbst auf dieser Skala ge-

ringer als drei, die höchste Ausprägung erreicht den Wert acht (2x). Im Mittel liegt die Selbsteinschätzung bei $M = 4,9$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1,87$. Der Median liegt bei $MD = 5$. Näheres lässt sich aus der folgenden Grafik 2 ablesen:



Grafik 2: Verteilung der Selbsteinschätzungen der Handlungsfähigkeit

9.4 Interesse an der Arbeit mit der Zielgruppe und an entsprechender Fortbildung

In 21 von 29 Fällen wird ein Interesse an der Arbeit mit der Zielgruppe bejaht. In 23 von 29 Fällen wird ein Interesse an entsprechenden Fortbildungen bejaht. Interessant erscheint, dass in vier Fällen ein Interesse an Fortbildung gezeigt wird, nach Selbstauskunft aber kein Interesse an der Arbeit mit der Zielgruppe besteht.

Wurde das Fortbildungsinteresse bejaht, wurden weitere Auswahlfragen zu spezifischeren potentiellen Inhalten möglicher Fortbildung gestellt, an denen Interesse bekundet werden konnte. Die Anzahl der wählbaren Themen war freigestellt, es waren also bis zu sieben Auswahlen möglich.



Im Mittel wurden $M = 3,61$ Themen gewählt mit einer Standardabweichung von $SD = 1,2$. Der Median liegt bei $MD = 4$. Insgesamt wurden 83 positive Stimmen abgegeben. Alle 23 durch diese Frage Angesprochenen haben mindestens eine Wahl getroffen. Maximal wurden sechs Wahlen durch eine Einrichtung getroffen. Die Rubrik „Sonstiges“ wurde überhaupt nicht genutzt. Am häufigsten und auch gleich häufig gewählt wurden die Methoden und Besonderheiten bezüglich der Arbeit mit

der Zielgruppe. Dabei ist zu vermerken, dass diese beiden Themen stark miteinander korrelieren. In 20 Fällen wurden beide gewählt. Diesen folgen die beiden Themen Informationen zur Kommunikation und zu Art und Ausmaß der Gewaltausübung, welche auch sehr nahe beieinander liegen. Auf wenig Interesse stießen Informationen zu visuellen Kommunikationssystemen sowie, weit abgeschlagen, Informationen zu Einrichtungen der Behindertenhilfe. Eine Übersicht gibt folgende Tabelle:

Thema:	Gewählt von:
Hintergrundinformationen zu Art und Ausmaß der Gewaltausübung von Männern mit Behinderungen.	15
Hintergrundinformationen zu Einrichtungen der Behindertenhilfe.	1
Informationen zur Kommunikation in Leichter oder Einfacher Sprache.	16
Informationen zur Kommunikation mit visuellen Systemen.	9
Besonderheiten in der Arbeit mit Tätern mit kognitiven Einschränkungen.	21
Methoden der Täterarbeit mit kognitiv eingeschränkten Personen	21
Sonstiges	0
Auswahlen Gesamt (Spaltensumme)	83

Literaturverzeichnis

AUHUBER, T. C., & BUNDESINSTITUT FÜR ARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKTE (Hrsg.). (2021). ICD-10-GM 2021 **Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision – German modification Version 2021** – Stand: 18. September 2020 mit Aktualisierung vom 11.11.2020 (Version 2021 – Stand: 18. September 2020). Deutscher Ärzteverlag.

BEUDELS, W. (2008). Gegen Gewalt ankämpfen: Ringen und Raufen als präventives Angebot im Kindergarten. In **Motorik** (Bd. 31, Nummer 1, S. 25 – 34).

BOHUS, J. (1986). **Sportgeschichte. Gesellschaft und Sport von Mykene bis heute**. BLV-Buchverl.

CHELLEW, K., EVANS, P., FORNES-VIVES, J., PÉREZ, G., & GARCIA-BANDA, G. (2015). **The effect of progressive muscle relaxation on daily cortisol secretion**. Stress (Amsterdam, Netherlands), 18(5), 538 – 544.

CIERPKA, M., & ARBEITSKREIS ZUR OPERATIONALISIERUNG PSYCHODYNAMISCHER DIAGNOSTIK (Hrsg.). (2014). **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung** (3., überarb. Aufl.). Huber.

DOŠEN, A. (2005). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: Part I – assessment. **Journal of Intellectual Disability Research**, 49(1), 1 – 8.

DOŠEN, A. (2018). **Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung** (2., überarbeitete Auflage). Hogrefe.

FALKAI, P., & AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Hrsg.). (2015). **Diagnostische Kriterien DSM-5** (1. Aufl.). Hogrefe.

FIEDLER, P., & HERPERTZ, S. C. (2016). **Persönlichkeitsstörungen** (7., vollständig überarbeitete Auflage). Beltz.

FISCHER. (2003). Bewegung, Spiel und Sport für geistig Behinderte. In G. Neuhäuser & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), **Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation** (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Kohlhammer.

HASSIOTIS, A., SERFATY, M., AZAM, K., MARTIN, S., STRYDOM, A., & KING, M. (2012). **A Manual of Cognitive Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities and Common Mental Disorders**. Camden & Islington NHS Foundation Trust and University College London.

HÄUSSLER, A. (2022). **Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis** (verbesserte Aufl.). modernes lernen.

HOLLSTEIN, T. (2019). Sport als Prävention: Fakten und Zahlen für das individuelle Maß an Bewegung. **Deutsches Ärzteblatt**, 116, 35 – 36.

JESSEL, H. (2006). Psychomotorische Gewaltprävention – ein mehrdimensionaler Ansatz. In K. Fischer, E. Knab, & M. Behrens (Hrsg.), **Bewegung in Bildung und Gesundheit** (S. 371 – 375).

JESSEL, H. (2008a). Gewalt bewegt – Wege aus der Gewalt. Zur Bedeutung psychomotorischer Überlegungen für die Gewaltprävention. **Praxis der Psychomotorik**, 4, 203 – 204.



AUHUBER, T. C., & BUNDESINSTITUT FÜR ARZNEI-MITTEL UND MEDIZINPRODUKTE (Hrsg.). (2021). ICD-10-GM 2021 **Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision–German modification Version 2021**–Stand: 18. September 2020 mit Aktualisierung vom 11.11.2020 (Version 2021–Stand: 18. September 2020). Deutscher Ärzteverlag.

BEUDELS, W. (2008). Gegen Gewalt ankämpfen: Ringen und Raufen als präventives Angebot im Kindergarten. In **Motorik** (Bd. 31, Nummer 1, S. 25–34).

BOHUS, J. (1986). **Sportgeschichte. Gesellschaft und Sport von Mykene bis heute**. BLV-Buchverl.

CHELLEW, K., EVANS, P., FORNES-VIVES, J., PÉREZ, G., & GARCIA-BANDA, G. (2015). **The effect of progressive muscle relaxation on daily cortisol secretion**. *Stress* (Amsterdam, Netherlands), 18(5), 538–544.

CIERPKA, M., & ARBEITSKREIS ZUR OPERATIONA-LISIERUNG PSYCHODYNAMISCHER DIAGNOSTIK (Hrsg.). (2014). **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung** (3., überarb. Aufl.). Huber.

DOŠEN, A. (2005). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: Part I – assessment. **Journal of Intellectual Disability Research**, 49(1), 1–8.

DOŠEN, A. (2018). **Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung** (2., überarbeitete Auflage). Hogrefe.

FALKAI, P., & AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Hrsg.). (2015). **Diagnostische Kriterien DSM-5** (1. Aufl.). Hogrefe.

FIEDLER, P., & HERPERTZ, S. C. (2016). **Persönlichkeitsstörungen** (7., vollständig überarbeitete Auflage). Beltz.

FISCHER. (2003). Bewegung, Spiel und Sport für geistig Behinderte. In G. Neuhäuser & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), **Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation** (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Kohlhammer.

HASSIOTIS, A., SERFATY, M., AZAM, K., MARTIN, S., STRYDOM, A., & KING, M. (2012). **A Manual of Cognitive Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities and Common Mental Disorders**. Camden & Islington NHS Foundation Trust and University College London.

HÄUSSLER, A. (2022). **Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis** (verbesserte Aufl.). modernes lernen.

HOLLSTEIN, T. (2019). Sport als Prävention: Fakten und Zahlen für das individuelle Maß an Bewegung. **Deutsches Ärzteblatt**, 116, 35–36.

JESSEL, H. (2006). Psychomotorische Gewaltprävention – ein mehrdimensionaler Ansatz. In K. Fischer, E. Knab, & M. Behrens (Hrsg.), **Bewegung in Bildung und Gesundheit** (S. 371–375).

JESSEL, H. (2008a). Gewalt bewegt – Wege aus der Gewalt. Zur Bedeutung psychomotorischer Überlegungen für die Gewaltprävention. **Praxis der Psychomotorik**, 4, 203–204.

JESSEL, H. (2008b). Wirkkomponenten der psychomotorischen Gewaltprävention. **Motorik**, 31(1), S. 3–10.

KHOURY, B., SHARMA, M., RUSH, S. E., & FOURNIER, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, 78(6), 519–528.

KLEINERT, J. M., & KLEINKNECHT, C. (2012). Sportliche Aktivität, Aggression und Gewalt. In R. Fuchs & W. Schlicht (Hrsg.), **Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität** (S. 272–293). Hogrefe.

KRAJEWSKI, J., WIELAND, R., & SAUERLAND, M. (2010). Regulating strain states by using the recovery potential of lunch breaks. **Journal of Occupational Health Psychology**, 15(2), 131–139.

LINGG, A., & THEUNISSEN, G. (2017). Psychische Störungen und geistige Behinderungen: **Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis** (7., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Lambertus.

NOVACO, R. W. (2010). Anger and Psychopathology. In M. Potegal, G. Stemmler, & C. Spielberger (Hrsg.), **International Handbook of Anger: Constituent and Concomitant Biological, Psychological, and Social Processes** (S. 465–497). Springer New York.

PONCE, A. N., LORBER, W., PAUL, J. J., ESTERLIS, I., BARZVI, A., ALLEN, G. J., & PESCATELLO, L. S. (2008). Comparisons of varying dosages of relaxation in a corporate setting: Effects on stress reduction. **International Journal of Stress Management**, 15, 396–407.

SAPPOK, T., BUDCZIES, J., DZIOBEK, I., BÖLTE, S., DOSEN, A., & DIEFENBACHER, A. (2014). The missing link: Delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 44(4), 786–800.

SAPPOK, T., & ZEPPERITZ, S. (o. J.). **Emotionale Entwicklung als Schlüssel zum Verständnis von Verhalten bei Personen mit geistiger Behinderung**. Abgerufen 24. Juni 2021, von <https://www.zeitschriftmenschen.at/content/view/full/111682>.

SARIMSKI, K. (2013a). Psychologische Behandlung. 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. 264–280). Kohlhammer.

SARIMSKI, K. (2013b). Psychologische Diagnostik. 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. 212–232). Kohlhammer.

SARIMSKI, K. (2013c). 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). Kohlhammer.





BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT
TÄTERARBEIT HÄUSLICHE GEWALT e.V.



Gefördert durch die
Aktion
MENSCH