

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 23/2020

Integrative Therapie mit Menschen mit einer
intellektuellen Beeinträchtigung *

Kathrin Frehmer

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, lic. phil. Lotti Müller. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: info@eag-fpi.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, Betreuer: Ulrike Mathias-Wiedemann, Hilarion Petzold.

Teilnehmerin der Weiterbildung zur ‚Integrativen Psychotherapeutin‘.

Inhalt

1. Einleitung.....	3
2. Intellektuelle Beeinträchtigung.....	4
2.1 Begrifflichkeit.....	4
2.2 Diagnostik der intellektuellen Beeinträchtigung.....	4
2.3 ICD-10.....	4
2.4 DSM-5.....	5
2.5 ICF.....	5
3. Psychische Erkrankungen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.....	6
3.1 Prävalenz.....	6
3.2 Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.....	7
4. Psychotherapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.....	8
4.1 Behindertenrechtskonvention.....	8
4.2 Aktuelle Studienlage.....	9
4.3 Versorgungslücken und -hürden.....	10
4.4 Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.....	11
5. Überblick über verschiedene therapeutische Verfahren (nach Lingg und Theunissen, 2017).....	14
6. Vorstellung einiger ausgewählten Therapieformen (nach Schanze, 2014).....	18
6.1 Personenzentrierte Gesprächstherapie.....	18
6.2 Verhaltenstherapie.....	19
6.3 Kognitive Verfahren.....	22
6.4 Dialektisch-behaviorale Therapie.....	22
6.5 Psychotherapeutisches Reiten.....	23
7. Integrative Therapie.....	24
8. Bedeutsame Konzepte der Integrativen Therapie für die Behandlung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.....	25
8.1 Menschenbild.....	25
8.2 Ko-respondenz, Intersubjektivität und unterstellte Intersubjektivität.....	26
8.3 Integrative Grundregeln.....	26
8.4 Prozessuale Diagnostik.....	28
8.5 Empathie und Interiorisierung.....	29
8.6 4E-Perspektive und Leiborientierung.....	31
8.7 Konvivialität und Affiliation.....	33
8.8 Performanzkonzept.....	33

8.9 17 Wirkfaktoren und 4 Wege der Heilung und Förderung.....	34
8.10 Kreative Medien	36
8.11 Naturtherapien.....	38
9. Diskussion.....	39
11. Literaturverzeichnis.....	43

1. Einleitung

Zu Beginn meines Psychologiestudiums absolvierte ich ein Praktikum in einer Förderstätte für junge Erwachsene mit einer kognitiven und körperlichen Beeinträchtigung. Bereits damals stellte ich fest, dass viele Klient*innen unter einer psychischen Erkrankung litten. Es gab jedoch nur sehr wenige Therapeut*innen, welche ambulante Therapieplätze für erwachsene Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung anboten. Dieser Mangel an Behandlungsangeboten wurde mir auch im Laufe meiner Arbeit in einem kantonalen Ambulatorium und an diversen Fachtagungen bewusst. Leitungspersonen und Mitarbeiter von Wohngruppen und Arbeitsplätzen für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung haben häufig Mühe, für ihre Klient*innen ambulante Therapieplätze zu finden. Häufig bleibt dann als letzte Option nur noch eine Einweisung oder ein Eintritt in ein stationäres Setting. Dabei könnten ambulante Therapieplätze oder aufsuchende Behandlungen in den Institutionen den Betroffenen, den Mitarbeitern der Institutionen sowie den Angehörigen Entlastung bringen.

Ich bin im ambulanten Bereich tätig und behandle mehrere Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Leider gibt es zur Therapie von psychischen Erkrankungen bei dieser Patientengruppe erst wenig praxisbezogene Literatur. Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung haben historisch gesehen einen erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Obwohl die Wirksamkeit von Psychotherapie für diese Patientengruppe in Studien mehrfach bestätigt werden konnte, fehlt häufig die Beschreibung von konkreten therapeutischen Interventionen und umfassenden therapeutischen Therapiekonzepten. Dies trägt dazu bei, dass die Zugangsschwierigkeiten zu Therapieplätzen für diese Patientengruppe bestehen bleiben und sich viele Therapeut*innen diese Therapien nicht zutrauen. Die vorliegende Theoriearbeit soll einen Beitrag leisten, diese Zugangshürden abzubauen und Therapeut*innen für die Arbeit mit dieser Patientengruppe zu motivieren. Der Integrative Ansatz ist aufgrund seines Menschenbildes, seines Methodenreichtums (dem Bündel an Konzepten mit zugehörigen Praxisstrategien, Modalitäten und Techniken) und insbesondere auch aufgrund des Einsatzes von kreativen Medien, für die Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sehr geeignet.

Im ersten Teil der Arbeit wird der Begriff der intellektuellen Beeinträchtigung anhand der gängigen Diagnosemanuale definiert. Danach wird auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei dieser Patientengruppe eingegangen. Zudem werden die psychotherapeutische Versorgungssituation und die Unterversorgung dieser Patientengruppe beschrieben. Anschliessend werden verschiedene Therapieformen und -richtungen vorgestellt, welche in der aktuellen Literatur als geeignet beschrieben wurden. In einem nächsten Teil werden die zentralen Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie für die Therapie von Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung beschrieben. Dies mit dem Ziel, mehr Therapeut*innen für die therapeutische Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung zu begeistern und zu ermutigen.

2. Intellektuelle Beeinträchtigung

2.1 Begrifflichkeit

Bis zum Ende der 50er Jahre waren zahlreiche stigmatisierende Bezeichnungen für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung im Umlauf. Historische Begrifflichkeiten wie Oligophrenie, Deбилität, Imbezillität, Idiotie, geistiges Handicap, mentale Retardierung oder Schwachsinn finden in der aktuellen klinischen und diagnostischen Terminologie zum Glück keine Verwendung mehr. Trotzdem fehlt ein einheitlicher Begriff. Im deutschsprachigen Raum wird meist von einer geistigen Behinderung gesprochen. Internationale Äquivalente sind zum Beispiel intellectual disability (USA), learning disability (GB), mental handicap oder people with special educational needs, learning difficulties oder developmental disabilities. Im Klassifikationssystem ICD-10 (World Health Organization, WHO) wird der Begriff Intelligenzminderung verwendet und ist laut Schanze (2014, S.6) weitgehend gleichbedeutend mit der Bezeichnung einer geistigen Behinderung. In gewissen Fachkreisen in der Schweiz wird hingegen der Begriff der kognitiven Beeinträchtigung favorisiert. In der deutschsprachigen Version des DSM-5 wird der Begriff der intellektuellen Beeinträchtigung (intellektuellen Entwicklungsstörung) im Kapitel der Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung (Falkai & Wittchen, 2015) erwähnt. Es gibt dabei die Abstufungen leicht, mittel, schwer und extrem. Im ICD-11 wird ebenfalls die Änderung der Störungsbezeichnung in intellektuelle Entwicklungsstörung diskutiert und ist im online ICD-11 Coding Tool momentan unter dem Punkt «disorders of intellectual development» gelistet. Einen global akzeptierten und einheitlichen Begriff gibt es bisher leider noch nicht. Aus diesem Grund war auch die Findung einer einheitlichen Terminologie für die vorliegende Arbeit nicht einfach. Schlussendlich habe ich mich an der Terminologie der deutschsprachigen Ausgabe des DSM-5 orientiert und schreibe von intellektueller Beeinträchtigung.

2.2 Diagnostik der intellektuellen Beeinträchtigung

Medizinische Diagnosen fokussieren eher auf Defizite und Störungen. So wird eine intellektuelle Beeinträchtigung als eine Abweichung von der Norm angesehen (z.B. Abweichung der Intelligenzleistung von mehr als zwei Standardabweichungen von einer statistisch als normalverteilt vorausgesetzten Intelligenz in der Allgemeinbevölkerung). Es gibt Diagnoseinstrumente und -kriterien, wie zum Beispiel Intelligenztests, um diese zu erfassen. Die alleinige Ausrichtung der Diagnose am gemessenen Intelligenzquotienten (IQ) birgt jedoch gewisse Probleme. So können Personen trotz eines niedrigen IQ spezielle Fähigkeiten haben, und andere Personen weisen zahlreiche Beeinträchtigungen auf, obwohl sie einen vergleichsweise höheren IQ haben. Daher ist es wichtig, sowohl soziale Fertigkeiten wie auch Teilleistungsschwächen zu berücksichtigen. Der Einsatz von Intelligenztests zur Diagnosestellung muss zudem kritisch betrachtet werden. Viele Intelligenztests differenzieren im unteren Teil des Messbereichs schlecht und sind dadurch weniger valide. Die Intelligenztests sind zudem häufig kulturell verankert, und die Testanweisungen erfolgen meist nur verbal.

2.3 ICD-10

Die Internationale, statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme der WHO (ICD-10, Dilling & Freyberger, 2014) definiert Intelligenzminderung als:

«Ein 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 Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. Der Schweregrad einer Intelligenzstörung wird übereinstimmungsgemäss anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt. Diese können durch Skalen zur Einschätzung der sozialen Anpassung in der jeweiligen Umgebung erweitert werden. Diese Messmethoden erlauben eine ziemlich genaue Beurteilung der Intelligenzstörung. Die Diagnose hängt aber auch von der Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen erfahrenen Diagnostiker ab.»

Dabei wird in der ICD-10 zwischen leichter (IQ 50–69, F70) mittelgradiger (IQ 35-49, F71), schwerer (IQ, 20-34, F72) und schwerster Intelligenzminderung (IQ < 20, F73) unterschieden.

2.4 DSM-5

In der fünften Auflage des diagnostischen und statistischen Leitfadens psychischer Störungen (DSM-5, 2013) wurde die Bedeutung der IQ-Testung relativiert. Die Einteilung der Schweregrade der Beeinträchtigung (leicht, mittel, schwer und extrem) erfolgt im DSM-5 daher nicht mehr nach den IQ-Werten, sondern nach dem adaptiven Funktionsniveau. Bei intellektueller Beeinträchtigung können alle Fertigkeiten oder auch nur einzelne Teilbereiche beeinträchtigt sein (z.B. Kognition, Sprache, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Übersichtsfähigkeit, motorische und soziale Fertigkeiten). Im Gegensatz zum ICD-10 stehen im DSM-5 die Anpassungsfähigkeit, respektive die adaptiven Fähigkeiten im Vordergrund und bestimmen den Grad der erforderlichen Unterstützung. Im Vergleich zum DSM-IV sind ein Intelligenzquotient von unter 70 und die Entwicklung der Beeinträchtigung vor dem 18. Lebensjahr nicht mehr entscheidend für die Feststellung der Diagnose (Falkai & Wittchen, 2015). Diese Veränderung ist aufgrund der weiter oben kritisierten Punkte, in Bezug auf die alleinige Diagnosestellung mittels Intelligenztests, als positiv zu betrachten.

2.5 ICF

Im Gegensatz zur ICD wird in der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF) ein integratives Modell von Behinderung, beziehungsweise Gesundheit unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren, beschrieben. Auf der Webseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) kann man eine deutschsprachige Version des ICF kostenlos herunterladen (www.dimdi.de, 2005). Die ICF basiert auf einem biopsychosozialen Modell der Funktionsfähigkeit, welches versucht sowohl ein medizinisches wie auch ein soziales Modell zu integrieren. Beim medizinischen Modell wird Behinderung als störungs- oder krankheitsbedingtes Problem einer einzelnen Person gesehen, während beim sozialen Modell Behinderung als gesellschaftlich verursachtes Problem betrachtet wird. Behinderung ist dabei ein komplexes und mehrdimensionales Phänomen, welches aus der Interaktion zwischen Menschen und ihrer sozialen Umwelt entsteht. Es braucht daher sowohl medizinische/ gesundheitliche als auch soziale/ politische Interventionen. Eine Integration der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene wird dabei angestrebt. Die ICF besteht

aus verschiedenen Komponenten und umfasst einen umfangreichen Katalog, anhand dessen man in der ICF eine Beschreibung der Beeinträchtigung und weiterer relevanter Faktoren machen kann. Dabei wird darauf eingegangen, dass nicht nur die intellektuelle Beeinträchtigung das Denken, Handeln und Fühlen einer Person beeinflusst, sondern dass auch das soziale Umfeld, die Gestaltung der räumlichen Umwelt, die körperliche Funktionalität und charakterliche Eigenschaften einen sowohl positiven als auch negative Einfluss darauf haben können, wie sich eine vorhandene „Behinderung“ praktisch auswirkt (vgl. ICF, 2005). Im Bereich der Funktionsfähigkeit und Behinderung wird zwischen den Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivität und Partizipation (Teilhabe) unterschieden. Als Kontextfaktoren werden personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren beschrieben. In der folgenden Abbildung der ICF sind die Interaktionen und Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten veranschaulicht (DIMDI- ICF Version 2005, S. 23):

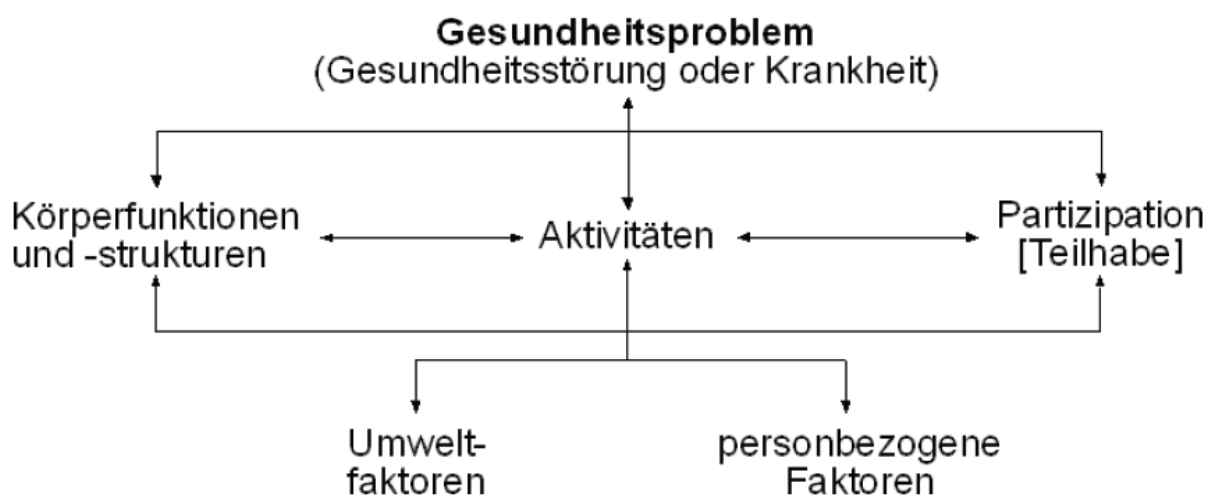


Abb. 1: aus der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), 2005, S.23.

3. Psychische Erkrankungen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung

3.1 Prävalenz

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO liegt die Häufigkeit von intellektueller Beeinträchtigung in der Durchschnittsbevölkerung zwischen einem und drei Prozent (Seidel, 2010 und 2014, S. 6). In vielen internationalen Studien liegen die Prävalenzraten für intellektuelle Beeinträchtigungen bei ca. 1-4% (vgl. Hässler & Eggers, 2012; Macha & Petermann, 2020). Verschiedene Autoren nehmen an, dass ungünstige Lebensumstände und genetische Anfälligkeit das Risiko psychischer Gesundheitsprobleme bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung erhöhen (Hulbert-Williams & Hastings, 2008; Emerson & Hatton, 2007). Die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist jedoch schwierig zu bestimmen, da in epidemiologischen Studien unterschiedliche Diagnosekriterien, Populationen, sowie Ein- und Ausschlusskriterien verwendet werden. Häufig werden bei psychischen Erkrankungen auch verschiedenste Verhaltensauffälligkeiten eingeschlossen. So ist es nicht verwunderlich, dass die Angaben zur Prävalenz je nach Studie erheblich schwanken und beispielsweise bei Whitaker und Read (2006) zwischen 3.9% bis 46.3%, bei Bhaumik et al. (2008) bei 33.8%, bei Cooper et al. (2007) bei 40.9% und bei Buckles et al. (2013) zwischen

13.9% und 75.2% liegen. Die Studie von Schützwohl et al. (2016) konnte diese Prävalenzen nicht vollumfänglich bestätigen. Die Punktprävalenz für psychische Erkrankungen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung lag in dieser Studie bei 10.8% und für Problemverhalten/ Verhaltensauffälligkeiten bei 45.3%. Diese unterschiedlichen Prävalenzen weisen somit auf den grossen Forschungsbedarf in diesem Gebiet hin. Festzuhalten ist, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Kapitel F7 «Intelligenzminderung» beschreibt, dass Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung im Vergleich zur Normalbevölkerung ein 3-4-mal erhöhtes Risiko haben an einer psychischen Störung zu leiden (Dilling et al., 2015). Diese vielfache Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung steht dem in der Literatur und in Fachkreisen wiederholt beschriebenen Mangel an therapeutischen Angeboten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gegenüber (vgl. Schäfer-Walkmann et al., 2015) und resultiert in einer Unterversorgung ambulanter Angebote (Schanze & Schmitt, 2014).

3.2 Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung

Leider bestehen gewisse Schwierigkeiten und Hürden bei der validen und reliablen Diagnosestellung von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Die gängigen Diagnosemanuale ICD und DSM sind kognitiv ausgerichtet und erfordern ein gewisses Mass an Introspektions- und Verbalisierungsfähigkeiten, was bei dieser Patientengruppe nicht immer gegeben ist (Glasenapp & Schäper, 2016). Schützwohl und Sappok (2020) beschreiben, dass die Anamnese- und Befunderhebung aufgrund gewisser kognitiver Einschränkungen und häufiger komorbider körperlicher Erkrankungen erschwert sind und ein spezifisches Fachwissen erfordern. Es ist zu beachten, dass mehr Zeit für die Diagnostik eingeplant wird, da die Kommunikation aufgrund gewisser Einschränkungen erschwert sein kann. Eine eingeschränkte Selbstwahrnehmung, Selbstbeobachtungsfähigkeit oder Artikulationsmöglichkeit muss in der Diagnostik zusätzlich berücksichtigt und ein Umgang damit gefunden werden. Grundsätzlich kann es bei der Diagnostik von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung zu verschiedenen diagnostisch-methodischen Problemen und Effekten kommen. Diese umfassen gemäss Schmidt und Meir (2014, S. 32):

- Underreporting: Aufgrund eingeschränkter Fähigkeiten zur Kommunikation und Introspektion werden psychopathologische Phänomene nur unzureichend mitgeteilt
- Overshadowing: Psychiatrische Symptome werden fälschlicherweise dem Verhaltensspektrum zugeordnet, welches im Rahmen einer intellektuellen Beeinträchtigung auftritt. Die psychische Erkrankung wird dadurch nicht erkannt
- Baseline exaggeration: Vorbestehende Verhaltensweisen treten im Rahmen einer psychischen Erkrankung vermehrt auf
- Psychosocial masking: Aufgrund der intellektuellen Beeinträchtigung sind soziale Fähigkeiten vermindert, was zu einer undifferenzierten Präsentation der psychiatrischen Erkrankung führt
- Cognitive disintegration: Ein Übermass an einströmenden Reizen kann nicht in sinnvollen Zusammenhang gebracht werden

Häufig werden Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung aufgrund der oben genannten Schwierigkeiten nicht als psychisch leidend angesehen. Nach Došen (2018, S. 29) „(...) müssen die diagnostischen Instrumente und Methoden angepasst werden, und es muss nach einer angemessenen Interpretation der Bedeutung der Symptomatik gesucht werden.“, um die Unterschiede in den Erscheinungsformen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung richtig zu erfassen. Hinzu kommen teilweise Langzeitfolgen langjähriger Medikamentierungen oder Institutionalisierungserfahrungen.

4. Psychotherapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung

4.1 Behindertenrechtskonvention

Am 13. Dezember 2006 wurde das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention BRK) in New York von der Generalversammlung der UNO verabschiedet. In der Schweiz ist die BRK am 15. Mai 2014 in Kraft getreten. Mit dem Beitritt zum Übereinkommen verpflichtete sich die Schweiz dazu, Hindernisse zu beheben, mit denen Menschen mit Behinderungen konfrontiert sind, sie gegen Diskriminierungen zu schützen und ihre Inklusion und ihre Gleichstellung in der Gesellschaft zu fördern (Eidgenössisches Departement des Inneren, EDI, 2014). Dabei wird in der aktuellen Fassung der BRK vom 03.06.2019, welche auf der Homepage des Eidgenössischen Departementes des Inneren einsehbar ist, unter Artikel 25 «Gesundheit» festgehalten:

«Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit, ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Massnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation, haben.»

Zudem wird verfügt, dass Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung gestellt wird, wie das im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens der Gesamtbevölkerung ermöglicht wird. Die Gesundheitsleistungen sollen dabei so gemeindenah wie möglich und auch in ländlichen Gebieten angeboten werden. Angehörige der Gesundheitsberufe werden verpflichtet, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung auf der Grundlage der freien Einwilligung und mit vorheriger Aufklärung anzubieten. Dazu braucht es ein geschärftes und geschultes Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie sowie die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen.

Während früher Verhaltens- und Erlebensauffälligkeiten bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung als Bestandteil der Behinderung angesehen wurden, ist der aktuelle Konsens unter Fachpersonen, dass Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung unter allen bekannten psychischen Störungen leiden können (Glasenapp & Schäper, 2016). Gemäss Seidel (2014 und 2010) sollte sich eine qualifizierte psychotherapeutische Versorgung an den Bedürfnissen und den konkreten Lebensbedingungen von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung orientieren. Die seelische Gesundheit dieser Patient*innen sollte gefördert werden, indem vorhandene psychische Erkrankungen behandelt werden und präventiv an der Vorbeugung derselben gearbeitet wird. Eine adäquate

Behandlung würde somit einen wichtigen Beitrag zur Förderung der sozialen Teilhabe dieser Personengruppe darstellen.

4.2 Aktuelle Studienlage

Studien zeigen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung positive Effekte von Verhaltenstrainings und -therapien bei posttraumatischer Belastungsstörung (Mevissen & Jongh, 2010), Ängsten (Hagopian & Jennet, 2008), spezifischen Phobien (Sappok et al., 2010) sowie Wut (Nicoll et al., 2013). Zudem werden Effekte für Therapieansätze wie achtsamkeitsbasierte Therapieformen (Robertson, 2011) und Dialektisch Behaviorale Therapie (Elstner et al., 2012) beschrieben. Zu beachten sind bei der aktuellen Studienlage jedoch gewisse Einschränkungen bei den Studiendesigns, kleine Stichprobengrößen, fehlende Kontrollgruppen oder Mängel bei den Outcome-Messungen.

Reviews zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beschreiben, dass dieser Bereich in der Forschung bisher relativ wenig Aufmerksamkeit erhalten hat und dazu kaum randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) vorliegen. Das Review von Willner (2005) gibt einen Überblick über die Evidenz der Wirksamkeit der psychodynamischen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und kognitiven Therapien bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Die verfügbaren Daten sprechen dafür, dass alle drei Ansätze bei Menschen mit leichten Lernbehinderungen, und zu einem gewissen Grad auch bei Menschen mit schwereren Erkrankungen, wirksam sein können. Das Review von Prout und Browning (2011) konzentrierte sich auf die Zusammenfassung von Reviews, die in den vorhergegangenen zehn Jahren veröffentlicht wurden. Dabei wurden Hinweise gefunden, dass Psychotherapien bei Kindern, Jugendlichen und erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wirksam sind. Die Metaanalyse von Vereenooghe und Langdon (2013) ergab, dass psychologische Therapien zur Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eine moderate Wirkung haben. Zudem wurde festgehalten, dass gruppenbasierte Interventionen einen geringeren Therapieeffekt erzielten als individualbasierte Interventionen. Kein Effekt wurde für die Behandlung interpersoneller Probleme gefunden. Koslowski et al. führten 2016 eine Literatursuche durch, um Studien zu verschiedenen Arten von Interventionen (u.a. auch Psychotherapie) bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und leichter bis mittelschwerer Intelligenzminderung (ICD-10: IQ-Wert 35-69) zu untersuchen. Bei dieser Meta-Analyse wurden keine signifikanten Effekte gefunden. Die Zahl der verfügbaren Studien war dabei zu gering für definitive Schlussfolgerungen. Die Qualität der Studien wurde als mässig und die Heterogenität als hoch beschrieben. In den Metaanalysen und Reviews wurde zudem wiederholt auf den Bedarf an gut konzipierten Studien, insbesondere auf randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs) in diesem Forschungsgebiet, hingewiesen (Willner, 2005; Prout & Browning, 2011). Verschiedene ethische Dilemmata (wie z.B. Einwilligung, Randomisierung etc.) führten zu Schwierigkeiten bei der Durchführung von Studien mit Patient*innen mit intellektueller Beeinträchtigung. Meist waren nur kleine Vergleichsgruppen möglich. Es traten oftmals Standardisierungsprobleme auf, wodurch die Resultate nicht generalisiert werden konnten und die Trennschärfe (statistische Power) sehr gering war. Erschwerend kam hinzu, dass die diagnostische Unterscheidung zwischen psychischen Erkrankungen und Verhaltensproblemen, die im Rahmen der intellektuellen Beeinträchtigung auftraten, schwierig war (Vereenooghe & Langdon, 2013).

4.3 Versorgungslücken und -hürden

In Bezug auf die hohe gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen und die relativ gute psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz, Deutschland und Österreich, finden sich dennoch deutliche Versorgungslücken, lange Wartezeiten und eine Überrepräsentation von pharmakologischen gegenüber psychotherapeutischen Behandlungen bei erwachsenen Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Diese Erkenntnisse werden gestützt durch die Studie von Schützwohl et al. (2016), welche aufzeigt, dass Psychopharmaka häufig bei erwachsenen Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung eingesetzt werden und diese Personen überwiegend bei Psychiatern und seltener bei Psychotherapeuten in Behandlung sind. Zudem wurde auch in dieser Studie auf die teilweise fehlende psychotherapeutische Versorgungssituation für erwachsene Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung und psychischen Erkrankungen hingewiesen. Die Studie mit dem Titel „Barrierefrei gesund« von Schäfer-Walkmann et al. (2015) beschäftigte sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Die wichtigsten Erkenntnisse daraus waren, dass selbst in einer Grossstadt wie Stuttgart die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung nur ansatzweise den speziellen Bedürfnissen dieser Patientengruppe entsprachen. Wartezeiten für Therapieplätze für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung waren dabei zu lang, und es wurden zu wenig Ressourcen zur Verfügung gestellt, obwohl der zeitliche und methodische Aufwand erfahrungsgemäss oftmals umfangreicher ist. Therapien mussten teilweise vor Ort stattfinden. Aufgrund gewisser Einschränkungen erhöhte sich der Kommunikationsbedarf, und der Einbezug der wichtigsten Bezugspersonen erforderte Zeit. Ein Mangel an Geld und Zeit, sowie das Auftreten von Verständigungsproblemen und Vorurteilen, führten dazu, dass Therapieangebote für diese Patientenpopulation fehlten. Insgesamt zeigten sich in der Studie von Schäfer-Walkmann und Kollegen grosse psychotherapeutische sowie sozialpsychiatrische Versorgungslücken. Eine adäquate Behandlung wird also oftmals durch strukturelle Probleme in der Gesundheitsversorgung, wie Personal-, Zeit- und Fachkräftemangel, verhindert. Diese Problembereiche sollten auf politischer Ebene angegangen werden.

Aufgrund der eingeschränkten Verbalisierungs-, Kommunikations-, Introspektions- und Reflektionsfähigkeit von intellektuell beeinträchtigten Patient*innen scheinen Therapeut*innen bezüglich der Therapie zurückhaltend zu sein (Lingg & Theunissen, 2017). Zuschreibungsprozesse und unzureichendes Wissen über Formen und Erscheinungsbilder von intellektueller Beeinträchtigung, sowie fehlendes Fachwissen bezüglich psychischer Erkrankungen dieses Personenkreises, verstärken dabei die Zurückhaltung bei den Therapeut*innen und erschweren dadurch zusätzlich eine angemessene Behandlung. Um die mangelnde subjektive Kompetenz der Behandler*innen und die vorhandenen Vorurteile in Bezug auf intellektuelle Beeinträchtigungen abzubauen, sollten die Curricula der Psychotherapieausbildungen erweitert werden und mehr Fortbildungsangebote in diesem Bereich geschaffen werden. Ziel wäre es, die bestehenden Hürden abzubauen, mehr Ressourcen für eine angepasste Behandlung zu erhalten, die regionale Vernetzung zu fördern, und mehr Therapeut*innen für diese Patientengruppe zu sensibilisieren.

4.4 Psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung

Bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung müssen laut Glasenapp und Schäper (2016) folgende grundlegende Prinzipien berücksichtigt werden (welche in abgewandelter Form immer wieder in der einschlägigen Fachliteratur auftauchen):

- Reduzierung und Vereinfachung der Sprache
- Nutzung von Visualisierungshilfen
- Betonung der Beziehungsgestaltung
- Nutzung aktivitätsbezogener Interventionsformen
- Flexibilisierung des Settings
- Kooperation mit weiteren Bezugspersonen

In Bezug auf die Psychotherapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung gibt es zudem zwei verschiedene Zugangswege (ebd.). Einerseits könnten spezifische, psychotherapeutische Interventionen und Methoden für diese Zielgruppe entwickelt werden, welche sich meist an heilpädagogischen Konzepten orientieren oder sich an diese anlehnen. Andererseits könnten bekannte psychotherapeutische Interventionen und Methoden spezifisch an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden (siehe Überblick im nächsten Unterkapitel). Die humanistische Wende hat bei klientenzentrierten, tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Entwicklung von umfassenderen Therapieansätzen für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung geführt. Die Wirksamkeitsforschung von Grawe et al. (1994/2001) hat folgende fünf Wirkfaktoren benannt, welche therapieschulen-übergreifend für das Gelingen von Psychotherapien verantwortlich sind: Therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Motivationale Klärung und Problembewältigung. Diese empirisch evaluierten Wirkfaktoren sollte man gemäss Lingg und Theunissen (2017) auch bei Therapieangeboten für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung beachten.

Interessant für die Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sind zudem die vorgeschlagenen Modifikationen psychotherapeutischer Techniken und Interventionen von Hurley et al. (1998). Diese decken sich zum Teil mit den oben genannten Prinzipien (Vereinfachung, sprachliche Anpassungen, Einbezug von Bezugspersonen, Aktivierung, Flexibilität), weisen jedoch auch auf die Berücksichtigung des Entwicklungsstandes und die Thematisierung der Behinderung hin. In Bezug auf die therapeutische Beziehung wird ein direktiveres Vorgehen der Therapeut*innen empfohlen und die Berücksichtigung von Übertragungs- und Gegenübertragungseffekten angesprochen. Die neun Modifikationen wurden von Erretkamps et al. (2017) auf Deutsch übersetzt und in der folgenden Tabelle übersichtlich dargestellt:

Anpassung	Definition/Beispiel
Vereinfachungen	Reduktion der Komplexität üblicher Techniken; Interventionen in kleine Schritte aufteilen, kürzere Sitzungsdauer
Sprache	vereinfachte/s Vokabular, Satzstruktur und Gedankenlänge; kurze Sätze, einfache Worte
aktivierende Elemente	erweitern typischer Techniken mittels aktivierender Elemente, um Veränderung und Lernen zu festigen; ergänzende Bilder, Hausaufgaben
Entwicklungsstand	Entwicklungsstand bei Gestaltung von Techniken und Material berücksichtigen; Spiele verwenden; erfassen von Veränderung in Bezug auf relevante soziale Aspekte
direktives Vorgehen	Therapeut agiert direkter aufgrund kognitiver Einschränkungen des Patienten; Therapieziele, Fortschritte kurz darstellen; zusätzliche visuelle Hilfen
Flexibilität	übliche Techniken an kognitiven Entwicklungsstand und verlangsamte Fortschritte anpassen; auf weitere Modalitäten fokussieren
Einbeziehung von Bezugspersonen	Bezugspersonen zur Unterstützung von Veränderung einbeziehen; Hausaufgaben oder Übungen mit Bezugspersonen für zu Hause aufgeben
Übertragung und Gegenübertragung	stärkere und schnellere Bindung; Reaktionen des Therapeuten ähneln den elterlichen; Bedürfnis der Therapeuten, sich stärker abzugrenzen, und Sicherstellung von Peer-Supervision
Thematisierung der Behinderung	Therapeut sollte Thema einbringen und positives Selbstbild unterstützen

Abb. 2: aus Erretkamps, Kufner, Schmid und Bengel (2017): Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung, S.9.

Aufgrund der Einschränkungen in der verbalen Kommunikation, Informationsverarbeitungsleistung und der reduzierten Vorstellung über innerpsychische Vorgänge wurden von Hässler (2011 und 2014) folgende Grundregeln für die Psychotherapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung erarbeitet:

1. Geduld: Veränderung und Entwicklung sind möglich, aber eher längerfristig erforderlich für den therapeutisch notwendigen Beziehungsaufbau im Hinblick auf die Reaktion der Klienten.
2. Vertrauen: entsteht durch Verständnis, Korrektheit, Ehrlichkeit, Kontinuität, dies insbesondere von therapeutischer Seite her.
3. Distanz: Berücksichtigung der therapeutischen Neutralität. Vermeidung von Druck, Zwang, körperlicher und/oder verbaler Intimität.
4. Haltende und stützende Atmosphäre. Dazu gehören auch klare Strukturen und eine überschaubare Regelhierarchie
5. Arbeiten mit der Dynamik von Sein und Handeln: Frage von Balance und Rhythmus. Aktionismus vermeiden. Auch Schweigen kann konstruktiv sein.
6. Integration sprachlicher Anteile: Schaffung von Vertrautheit hinsichtlich sprachlicher Elemente.
7. Planung: Ausgewogenheit zwischen Bewährtem/Elerntem und Neuem. Entwicklung eines Gespürs für das Einbringen neuer Ziele und Inhalte.

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (abgekürzt DGSGb) hat 2010 Praxisleitlinien und Prinzipien zu Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten herausgegeben, welche online einsehbar sind (Došen et al., 2010). Da bei dieser Zusammenstellung jedoch auf Problemverhalten fokussiert wird, und psychische Erkrankungen nur am Rande behandelt werden, wird

zur Vertiefung der Thematik auf die Dokumentation der Fachtagung der DGSGb vom 11.03.2016 (Glaserapp & Schäper, 2016) verwiesen. Diese beschäftigt sich mit dem Thema der barrierefreien Psychotherapie, sowie den Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Zudem ist die S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung von AWMF online (Hässler et al., 2014) sehr umfangreich und behandelt unter anderem die Diagnostik, Interventionen und häufige psychische Erkrankungen und Verhaltensprobleme bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. In der S2k Praxisleitlinie wird unter anderem festgehalten, dass es grundsätzlich keine besondere Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gibt und die Ziele analog zu jenen der Therapie mit nicht behinderter Menschen sind. Dadurch kommen alle Psychotherapie-richtungen für diese Patientengruppe infrage. Die Therapien müssen jedoch auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patient*innen zugeschnitten werden, und ein Einbezug der Bezugspersonen ist wichtig. Eine systemische Sichtweise und eine individuelle Kombination verschiedener psychotherapeutischer und supportiver Techniken haben sich bewährt. Die Problembewältigungsperspektive, die Beziehungsperspektive und die Klärungsperspektive sollten berücksichtigt und integriert werden. Die Leitlinie weist weiter darauf hin, dass Therapieinhalte möglichst prägnant, konkret und vereinfacht vermittelt werden und handlungsbezogen sein sollen. Veranschaulichungen und Symbole, welche an den Entwicklungsstand angepasst sind, können Verstehensprozesse in der Therapie erleichtern. Therapeut*innen müssen oftmals eine aktivere Position einnehmen und den Therapieprozess mehr lenken. Häufig sind mehrfache Wiederholungen und eine aktive Unterstützung beim Transfer der Therapieinhalte in Alltagssituationen notwendig.

Ähnlich wie die S2k-Leitlinien weisen Lingg und Theunissen (2017) darauf hin, dass letztlich durch alle Therapieformen, unabhängig von verfahrensspezifischen Techniken und methodischen Instrumenten, gewisse Erfolge erzielt werden können. Wichtig sind dabei folgende drei Punkte: Die therapeutische Allianz (therapeutisches Vertrauensverhältnis), ein therapeutischer Optimismus (Überzeugung, helfen zu können) und ein positives therapeutisches Setting (angenehmes Ambiente). Für therapeutische Erfolge bei schwereren psychischen Erkrankungen braucht es jedoch komplexere Psychotherapien, bei denen ein Umlernen von Gewohnheiten durch eine Neubildung neuronaler Strukturen, insbesondere im limbischen System, angestrebt werden.

Neben all diesen theorie- und forschungsgeliteten Empfehlungen und Grundregeln interessiert auch die Sichtweise der Patient*innen. Buchner (2006, S. 73- 86) führte dazu 2005 Interviews mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung und Therapieerfahrung durch. Er wollte dabei herausfinden, wie diese Personen die Psychotherapie wahrgenommen haben und was die Gründe für ein erfolgreiches Gelingen waren. Als Hauptkriterien für eine erfolgreiche Psychotherapie wurden meist das Erarbeiten von Strategien für Problemlösungen im Alltag, die Steigerung der Selbstbestimmung, die Verbesserung der Beziehung zu anderen Menschen und die Erweiterung von Handlungsspielräume im Alltag (z.B. das selbstbewusste Artikulieren von eigenen Wünschen und Bedürfnissen, adäquate Reaktionen auf Konfliktsituationen, etc.) genannt. Die befragten Personen nahmen durch die Therapie eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und einen Rückgang des psychischen Leidensdrucks wahr. Als wichtige Gründe für ein erfolgreiches Gelingen wurde eine vertrauensvolle und wertschätzende Atmosphäre, die Art und

Weise der Kommunikation (frei von Zwängen und Erwartungshaltungen) und die Einhaltung der Schweigepflicht beschrieben. Der Aufbau einer positiven therapeutischen Beziehung wurde teilweise durch gemeinsame Aktivitäten unterstützt, welche über das gewohnte Setting der Praxis hinausgingen. Solche gemeinsamen Aktivitäten ausserhalb des Praxisraumes wurden von den Patient*innen als Zeichen von Wertschätzung wahrgenommen und bildeten einen guten Ausgangspunkt für eine gemeinsame kommunikative Basis.

5. Überblick über verschiedene therapeutische Verfahren (nach Lingg und Theunissen, 2017)

Eine gute zusammenfassende Einschätzung des aktuellen Erkenntnisstandes der Psychotherapieforschung bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung von Lingg und Theunissen (2017, S.161) soll an dieser Stelle zitiert werden:

«Die wenigen wissenschaftlichen Studien, die verschiedene psychotherapeutische Verfahren untersucht haben, lassen den Schluss zu, dass gesprächspsychotherapeutische Methoden sowie Angebote aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum in erster Linie nur für Menschen mit leichten geistigen Behinderungen geeignet sind. Menschen mit schweren geistigen Behinderungen scheinen vor allem von körperzentrierten Verfahren und einem verhaltenstherapeutischen Breitbandkonzept zu profitieren. Psychodynamisch beziehungsweise tiefenpsychologische Ansätze können am ehesten in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (bei Frühstörungen, Bindungsproblemen, sexuellem Missbrauch, familialer Gewalt) hilfreich sein, jedoch insgesamt gegenüber gesprächspsychotherapeutischen, verhaltens- oder systemtherapeutischen Angeboten in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen nicht überzeugen. Systemtherapeutische und neuropsychotherapeutische Ansätze sind zwar bislang in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen nicht wissenschaftlich untersucht worden, gestatten jedoch vor dem Hintergrund der spezifischen Gemeinsamkeiten mit modernen behavioralen Konzepten eine gute Einschätzung.»

Lingg und Theunissen (2017) stellen in ihrem Buch «Psychische Störungen und geistige Behinderungen» zudem die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren vor. Dieser umfangreiche Überblick wird in der Folge kurz zusammengefasst:

In Anlehnung an Sigmund Freud ist man lange davon ausgegangen, dass die **psychoanalytisch orientierte Therapie** nicht für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung geeignet ist. Dies, weil die Psychoanalyse hohe Ansprüche an die kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten der Patient*innen stellt. Neuere Entwicklungen psychoanalytisch orientierter Therapie sind offener und stützen sich auf die Ich-Psychologie und die psychoanalytische Entwicklungspsychologie. Dabei geht es darum, die Genese von Frühstörungen in einem diagnostischen Prozess zu rekonstruieren und zu analysieren, sowie traumatische Erfahrungen der frühen Kindheit zu erfassen. Es findet eine psychoanalytisch orientierte Auswertung der Lebensgeschichte, unter Beachtung kritischer Lebensereignisse, statt. Zusammen mit dem Blick auf die gegenwärtige Situation wird damit eine Humanisierung der Lebensbedingungen angestrebt. Sinnvoll ist auch der Einbezug anderer entwicklungspsychologischer oder psychodynamischer Erklärungsansätze. Psychosoziale Auffälligkeiten sollten nicht nur als Frühstörungen betrachtet werden.

Das klassische, psychoanalytische Setting muss flexibel an die Bedürfnisse und das Niveau der Patient*innen angepasst werden, und es braucht eine Atmosphäre des Vertrauens und der Zusammenarbeit. Zudem wird beschrieben, dass zusätzliche Angebote mit nonverbalen Kommunikationsformen gemacht werden sollten. Darunter fallen kreative Verfahren, sowie musik- und kunsttherapeutische Methoden. Zudem sollten handelndes Lernen, gemeinsame Aktivitäten und (problemzentrierte) Rollenspiele genutzt werden. Heilpädagogische Aktivitäten werden im tiefenpsychologischen Setting so aufbereitet, dass die Bearbeitung der psychischen Erkrankung bereits während der Aktivität stattfinden kann. Neben der Beziehungsgestaltung und der interpretativen Aufdeckungsarbeit braucht es, laut Lingg und Theunissen, pragmatische Unterstützung, wie z.B. stärkenorientierte Aktivitäten und das Einüben neuer Verhaltensweisen.

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben früher kaum Beachtung durch die **individualpsychologische Psychotherapie** erhalten (ebd.). Durch Bestrebungen von Individualpsychologen, die sich gegen das Therapieunfähigkeits-Dogma (geprägt durch Alfred Adlers Ansichten über Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung) aussprachen, öffnete sich die Individualpsychologie auch für diese Patientengruppe. Individualpsychologische Psychotherapie, mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung, wurde in der Folge unter anderem als Übung in Kooperation bezeichnet. Diese baut auf der Annahme auf, dass Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung seltener zwischenmenschliche Beziehungen erfahren, in welchen sie als gleichwertig anerkannt werden. Als Kompensationsversuch dieses Minderwertigkeitsgefühls entwickeln sie Symptome. Deshalb muss der Therapiefokus auf die Erfahrung von Gemeinschaft und Kooperation gelegt werden. Es wird anhand einer Lebensstilanalyse und differenzierten Entwicklungsdiagnostik an der (Wieder-) Herstellung der Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit gearbeitet. Dabei ist die Ermutigung der Patient*innen ein wichtiges Element, welches auf der Grundlage von Einfühlung, Anteilnahme und praktischer Solidarität geschieht. So bietet dieser revidierte individualpsychologische Ansatz aufgrund seiner sozialpsychologischen Orientierung und des Einbezugs von Bezugspersonen eine interessante Perspektive.

Bei der **klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie** mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung ist zu Beginn der Therapie häufig eine vertrauensstiftende Phase zur Motivierung notwendig. Therapeut*innen müssen sich intensiver durch verbale und nicht verbale Angebote einbringen, und Geduld ist erforderlich. Durch Rollenspiele und Übungen vor Ort werden gemeinsame Konfliktlösungsstrategien erarbeitet, welche einen Beitrag zu «Hilfe zur Selbsthilfe» leisten. Die nächsten Bezugspersonen werden in die Therapie miteinbezogen. Therapeut*innen nehmen bei der Lösung spezifischer Probleme eine Stellvertreter- oder Hilfs-Ich-Funktion ein. Dabei bilden die klientenzentrierte Sichtweise und die persönliche Echtheit (Kongruenz) die Grundlage für aufmerksames Zuhören, Beobachten von Mimik, Gestik und Bewegungen, einführendes Verstehen und Ernstnehmen. Um den klientenzentrierten Ansatz in ein Gesamtkonzept der Alltagsarbeit zu integrieren, ist eine Offenheit für andere therapeutische oder pädagogische Arbeitsformen (wie zum Beispiel das Rollenspiel zur Einübung sozialer Verhaltensweisen) wichtig. Die gesprächspsychotherapeutische Arbeitsweise fördert die Selbstwahrnehmung, das Selbstvertrauen, die Lebenszuversicht und das individuelle Wohlbefinden.

Bei den **verhaltenstherapeutischen Ansätzen** wird von Lingg und Theunissen (2017) auf die Effektivität von behavioralen Interventionen eingegangen, welche die Patient*innen zum Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, zur Bewältigung des alltäglichen Lebens und zum Aufbau sozialer Kompetenz und Selbsthilfe-Verhalten anregen. Als Beispiele werden soziale Kompetenzprogramme, Methoden der Reizkonfrontation, Verstärkungstechniken, Verhaltenskontrakte, Selbstsicherheitstrainings und Problemlösungstherapien genannt. In den USA wird häufig die Angewandte Verhaltensanalyse (Applied Behavior Analysis, kurz ABA) oder die Positive Verhaltensunterstützung (Positive Behavior Support) eingesetzt. Zu den kognitiv-behavioralen Methoden gehört das Lernen am Modell, Selbstinstruktion und Selbstmanagement, Selbstsicherheits- und Selbstbehauptungstraining. Eine kritische Hinterfragung der Techniken der Verstärkung und klassischen Verfahren (Verhaltensformung, differentielles Verstärken, Löschung, Wutreduzierungs-, Stimmulations-, Ausschluss- und Korrekturverfahren) ist laut Lingg und Theunissen nötig. Aversive Methoden sollten aufgrund der Missbrauchsgefahr und der ethischen Probleme vermieden werden. Unter dem Überbegriff der Verhaltenstherapie verbirgt sich eine breite Palette an Techniken und Verfahren, welche verschiedene Risiken, wie auch Chancen, beinhalten. Ein wirksames verhaltenstherapeutisches Breitbandkonzept ist durch die Kombination verschiedener Methoden möglich. Verhaltenstherapeutische Ansätze verbessern häufig die Handlungs- und Problemlösungskompetenz und führen dadurch zu mehr Autonomie.

Bei der Psychotherapie von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung haben **körperorientierte Psychotherapieformen** in den letzten Jahren deutlich an Zuspruch gewonnen. Der Zugang über den Körper ist aufgrund von Schwierigkeiten dieser Patientengruppe bei der Verbalisation von Gefühlen und Bedürfnissen und der reduzierten intellektuellen Ansprechbarkeit sehr geeignet. Die üblichen Techniken müssen dabei jedoch personenzentriert angepasst werden. Hilfreich ist die adaptierte Anwendung von Entspannungstechniken, basaler Kommunikation und Massagen. Dabei werden leichte Sprache, körperliche Hilfestellungen, Biofeedback, Körperführung, Anleitungen und modellhaftes Vormachen eingesetzt. Kritisch zu sehen sind hingegen Festhaltetherapien. Allenfalls können modifizierte Haltetherapien, welche sich deutlich von der Ursprungsform unterscheiden, eingesetzt werden. Diese bauen über Laute, Mimik, Sprache und auch Musik eine Kommunikation auf.

Die **Gestalttherapie** ist in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung verbreitet. Diese bezieht sich häufig auf die sechs Grundprinzipien der Gestalttherapie nach Fritz Perls: 1. Einheit des Organismus 2. Hier und Jetzt-Prinzip 3. Prinzip von Figur und Grund 4. Kontakt 5. Eigenverantwortung und Selbstbestimmung 6. Selbstheilungskräfte. Aufbauend auf diese Leitprinzipien und beeinflusst von der Arbeit von Hilarion Petzold – Besems war in den 1970er Jahren Mitarbeiter am FPI (Besems 1977) – entwickelten Besems und van Vugt (1983) eine Grundlage für die gestalttherapeutische Arbeit mit intellektuell beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen. Diese sieht den zwischenmenschlichen Kontakt als Basis und hat dialogischen sowie kooperativen Charakter. Folgende Schritte werden dabei beschrieben:

1. Schritt: Körperkontakt herstellen, Gefühle wahrnehmen und ansprechen
2. Schritt: Den eigenen Körper kennenlernen

3. Schritt: Körperspannung wahrnehmen und entspannen
4. Schritt: Fließende, harmonische Bewegungen, Korrektur verschliessender Haltungen und eckiger Bewegungen
5. Schritt: Kräfte entdecken und entwickeln
6. Schritt: Bewusstmachen und Anwenden von Gewicht und Gleichgewicht

Die Selbsterfahrung ist für dieses therapeutische Vorgehen eine ganz wichtige Voraussetzung, da sich Therapeut*innen zuerst selbst erleben und ihren Leib erfahren sollten. Darauf aufbauend können sie dann Patient*innen zu Körperwahrnehmungen und Körpererleben anregen und verstehen, was diese mit ihren Körpern ausdrücken. Akzeptanz, Empathie und Authentizität sind während des ganzen Therapieprozesses sehr wichtig. Therapeut*innen sollten sich jeweils genügend Zeit für die einzelnen Phasen lassen und das therapeutische Vorgehen individuell gestalten. Angestrebt wird mit dieser gestalttherapeutischen Arbeit eine grössere Eigeninitiative, eine Verbesserung des Selbstvertrauens, die Verminderung oder sinnvolle Kompensation aggressiven Verhaltens sowie das Erlangen psychischer Ausgeglichenheit und psychischen Wohlbefindens.

Im Rahmen **Systemischer Therapien** wird bei psychischen Erkrankungen von Menschen nicht auf den «Symptomträger» fokussiert, sondern das «problem determinierende System» in den Blick genommen. Im Rahmen familientherapeutischer Modelle geht man davon aus, dass gewisse Symptome durch die Umwelt entstehen. Dies kann durch nicht sinnstiftende, über- oder unterfordernde, reglementierende oder unterdrückende Umwelten geschehen, welche den Entwicklungspotentialen, Stärken, Begabungen, Bedürfnissen und Interessen nicht entsprechen. In Systemischen Therapien geht es um die Arbeit mit dem problemrelevanten Bezugs-System, um dessen Mobilisierung und um die Unterstützung der Selbstheilungskräfte respektive Coping-Fähigkeiten. Dabei wird auch berücksichtigt, dass die Geburt eines behinderten Kindes häufig ein kritisches Lebensereignis für die Familie darstellt. Die dadurch ausgelösten psychischen Krisen oder chronischen Belastungen werden dabei am besten durch tragfähige soziale Netze (Freunde, Familie, Selbsthilfegruppen, Nachbarn etc.) kompensiert und bewältigt. Das Fehlen solcher Netze kann zu einer erhöhten Vulnerabilität der betroffenen Familiensysteme und teilweise zu Isolation führen. Systemische Hilfen sind daher ein wichtiger Bestandteil in Therapien mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.

Bei **Neuropsychotherapien** geht es um Lern-, Entwicklungs- und Veränderungsprozesse. Dank der neuronalen Plastizität gibt es immer auch Chancen auf Veränderung, Umlernen und Neuorientierung. Therapeutische Angebote, welche den impliziten Lernmodus, die Verhaltensebene und die individuellen und sozialen Ressourcen miteinbeziehen (vgl. Grawe, 2004) sind deshalb auch bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung wichtig. Bei der Neuropsychotherapie geht es ums Umlernen von Gewohnheiten und die Neubildung von neuronalen Strukturen (insbesondere im Bereich des limbischen Systems).

An dieser Stelle ist ein Verweis auf die bahnbrechenden Arbeiten von Vygotskij und Lurija notwendig. Beide sind Referenzautoren des Integrativen Ansatzes, Vordenker eines differentiellen und integrativen Zugangs zum Menschen und leisteten grosse Arbeit im Bereich der Behindertenpädagogik (Petzold et al., 2011j; Petzold & Michailowa, 2008a). Zusammen mit Leont'ev begründeten Vygotskij und Lurija die

kulturhistorische, kontexttheoretische Schule. Lurija prägte den Bereich der Neuropsychologie und Psycholinguistik und seine Forschung mit Kindern mit Entwicklungsstörungen und verschiedenen Formen von intellektuellen Beeinträchtigungen hat grosse Relevanz für die Sonderpädagogik. Mit Hilfe von neuropsychologischen Methoden führte Lurija vielfältige psychologische, physiologische und pädagogische Untersuchungen durch (Petzold & Michailowa, 2008a). Lurija kann unter anderem als einer der Begründer des biopsychosozialen Modells angesehen werden und strebte einen ganzheitlichen, differentiellen und integrativen Zugang zum Menschen an. Vygotskij ist Begründer der Defektologie und seine Arbeit ist bis heute grundlegend für die Sonder- resp. Behindertenpädagogik. Er forschte unter anderem zu den Themen Bewusstsein, Emotionen, Willensprozessen, Pädagogik, sowie Kunst-, Gedächtnis-, Sprach-, Verhaltens- und Entwicklungspsychologie (Petzold et al., 2011j). Er befürwortete die integrative Beschulung von Menschen mit einer Beeinträchtigung und wies auf die sozialen Konsequenzen einer Behinderung hin. Die Arbeiten von Vygotskij und Lurija verfolgten somit einen differentiellen theoretischen wie auch praktischen Ansatz und führten zu wichtigen Erkenntnissen für die Psychotherapie von Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.

6. Vorstellung einiger ausgewählten Therapieformen (nach Schanze, 2014)

Im Buch «Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung» von Schanze (2014) werden von verschiedenen Autoren kapitelweise einzelne psychotherapeutische Verfahren näher vorgestellt. Im Folgenden werden fünf davon kurz beschrieben. Diese Zusammenfassungen haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit (nachzulesen ist alles detailliert in Schanze, 2014), sondern sollen kurze, praktische Einblicke geben.

6.1 Personenzentrierte Gesprächstherapie

Laut Schanze (2014, S. 314-322) sollen die Gesprächstherapie und allgemein die Gesprächsführung an die speziellen Erfordernisse von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung angepasst werden. Dazu braucht es multiprofessionelle Diagnostik in einem multiprofessionellen Team, eine intensive Kommunikation mit nächsten Bezugspersonen (Eltern, Mitarbeitenden von Institutionen und/oder Beiständen). Dem Patienten und seinem Umfeld sollen Informationen zum Krankheitsbild vermittelt werden und Ressourcen und Defizite benannt werden. Eine professionelle und tragende Zusammenarbeit mit dem Umfeld der Patient*innen soll angestrebt werden. Zu Beginn soll geklärt werden, in welchem Setting die Therapie stattfinden kann (alleine oder mit Hilfestellungen durch das Umfeld). Der Einbezug des Helfersystems kann sehr hilfreich sein. Zu beachten ist jedoch, dass das Umfeld teilweise Angst hat vor der Entwicklung zu grosser Autonomie. Diese Ängste sollen ernst genommen und thematisiert werden, da es ansonsten zu Blockaden in der Zusammenarbeit mit dem Helfersystem und in der Therapie kommen kann.

In den Therapiestunden sollen neben der sprachlichen auch die nicht-sprachliche Kommunikation berücksichtigt, sowie didaktische und lerntheoretische Elemente einbezogen werden. Im Vergleich zu anderen Psychotherapien muss der Therapeut bei Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung häufig eine viel aktivere Rolle einnehmen. Es ist sehr wichtig, eine ruhige und vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Den Patient*innen soll sorgsam erklärt werden, um was es geht und man

soll sie unbedingt um Erlaubnis fragen. Bei allen Gesprächen soll man eine leichte Sprache (einfache Worte) verwenden, sich möglichst verständlich ausdrücken und langsam, aber nicht zu laut sprechen. Zu viele Worte können schnell zu einer Überforderung führen. Es ist daher wichtig, dass man Pausen macht und dem Gegenüber Zeit gibt, auf das Gesagte zu reagieren. Nonverbale Reaktionen sollen dabei sehr aufmerksam beachtet werden. Für ein besseres Verständnis hilft es meist, das Gesagte zu visualisieren (z.B. mit Bildern, Zeichnungen, Figuren, Symbolen, Gegenständen etc.). Gesten und Mimik können den Inhalt zusätzlich verdeutlichen. Eine kurze Zusammenfassung des Wesentlichen, am Ende der Therapiestunde, ist für die meisten Patient*innen sehr hilfreich. Ein guter Zugang sind diagnostisches Malen oder Spielen. Als Einstieg eignen sich Fragen nach gewohnten Dingen aus dem Alltag, welche für die Patient*innen einfach zu beantworten sind. Es soll deutlich werden, dass die Behandler*innen Interesse an ihren Patient*innen haben und es sich bei den Nachfragen nicht um Prüfungsfragen handelt. Durch das gemeinsame Finden von geeigneten Worten für die Beschreibung von Situationen und Zuständen werden wichtige Kompetenzen vermittelt. Ein Ziel der Therapie ist dabei auch immer der Aufbau der Fähigkeit (Kompetenz) seine eigenen Gefühlszustände zu beschreiben und zu benennen. Es ist wichtig, die Patientinnen ernst zu nehmen und einen Zugang zu ihren Erlebniswelten zu finden. Dabei ist ein empathisch geprägtes Verstehen unumgänglich. Zudem müssen gewisse Grundelemente des psychotherapeutischen Verfahrens an die Besonderheiten dieser Patientenpopulation angepasst werden.

Die therapeutische Herangehensweise stützt sich dabei auf den personenzentrierten Ansatz von Pörtner. Dabei wurden die Grundbegriffe der klientenzentrierten Gesprächstherapie an die Bedürfnisse von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung adaptiert und lauten: ernstnehmen, zutrauen und verstehen (Pörtner, 2019). Es geht darum die Patientinnen mit ihren individuellen Lebenswelten ins Zentrum der Therapie zu stellen, sie ernst zu nehmen und sie zu ermutigen, ihre eigenen Wege der Bewältigung und Persönlichkeitsentwicklung zu gehen. Emotionale Inhalte, welche die Therapeutin mit einer einführenden und verstehenden Grundhaltung aufgrund der verbalen und nonverbalen Signale des Patienten vermutet oder erspürt, sollen verbalisiert werden. So kann eine gemeinsame Sprache gefunden werden. Zudem ist eine strukturelle wie auch inhaltliche Klarheit bei diesem ressourcenorientierten Ansatz sehr zentral.

6.2 Verhaltenstherapie

Im Kapitel zum Thema Verhaltenstherapie von Frau Geisenberger-Samaras (2014, S. 323-339) wird das Drei-Komponenten-Modell der Verhaltenstherapie vorgestellt. Dabei handelt es sich um ein therapeutisches Gesamtkonzept, welches eine Kombination aus geeigneten Therapiemethoden vereint. In einer ersten Behandlungsphase steht meist ein symptomorientiertes Vorgehen, im Sinne einer Reduktion des Problemverhaltens, im Vordergrund. Der zweite therapeutische Fokus liegt beim kompetenzorientierten Vorgehen, welches den Aufbau von Alternativverhalten anstrebt. Beide Vorgehensweisen sollen parallel verlaufen oder sich zumindest überschneiden und auf dem Fundament einer individuellen und stabilisierenden Lebensumfeldgestaltung stattfinden. Daher sollen, in Absprache mit dem Patienten, auch die wichtigsten Betreuungspersonen miteinbezogen werden. Der Einbezug von Interaktionspartnern aus dem sozialen Umfeld liefert wichtige Informationen. Man muss sich jedoch des schmalen Grats zwischen

Informationsaustausch und Wahrung der Schweigepflicht bewusst sein. Zudem soll eine «Therapeutisierung» des Alltages vermieden werden.

In der Therapie können dann vielfältige Methoden wie die Wunder- resp. Wunschfragen, zeitprojektives Bildermalen oder Vor- und Nachteilslisten eingesetzt werden. Neben der Reduktion der Symptomatik geht es darum, alternative Verhaltensweisen zu erlernen. So können zum Beispiel soziale Kompetenzen mittels Rollenspielen oder Verhaltensaufträgen eingeübt werden. Angestrebt wird eine therapeutische Gesamtstrategie, welche symptom- und kompetenzorientierte Vorgehensweisen mit einer Lebensumfeldgestaltung kombiniert und auf einer eingehenden Diagnostik basiert.

Die Verhaltensanalyse resp. funktionale Problemanalyse stellt ein wichtiges diagnostisches Verfahren in der Verhaltenstherapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung dar. Techniken, die dabei zum Einsatz kommen können, sind das Erstellen einer Lebenslinie, Selbstbeobachtungs-Übungen, der Einsatz von Tagebucheinträgen, Verhaltensbeobachtungsbögen, Strichlisten und andere Formen der Häufigkeitszählung resp. Protokollierung von Problemverhalten. Anschliessend, oder die detaillierte Verhaltensdiagnostik begleitend, erfolgt eine Verhaltenstherapie. Wichtig ist, dass die Therapeut*innen Kenntnisse über die kognitiven Möglichkeiten und Grenzen der Patientinnen haben und die verhaltenstherapeutischen Techniken mit Kreativität und Flexibilität an die Erfordernisse anpassen. Wie auch bei anderen Therapien sollen die therapeutischen Schritte auf die Belastbarkeit und aktuellen Möglichkeiten der Patient*innen abgestimmt sein und es müssen Schwerpunkte gesetzt werden. Je nach Störungsbild kommen verschiedene therapeutische Massnahmen zum Einsatz: Bei Patienten mit einer intellektuellen Beeinträchtigung und einer depressiven Symptomatik kann zum Beispiel eine Aktivierung über das Erstellen von Wochenplänen mit strukturierenden und stimmungsaufhellenden Aktivitäten erreicht werden. Da sich die Bearbeitung von depressiven Gedankenmuster aufgrund einer verminderten Introspektionsfähigkeit der Patienten schwierig gestalten kann, werden dazu alternative und modifizierte Techniken vorgestellt. Diese umfassen die Arbeit mit Cartoons, die Kategorisierung von Menschen in Illustrierten aufgrund ihrer Körperhaltung resp. Ausstrahlung, die Gedankenstopp-Technik mittels Gummiband, Selbstinstruktionen in Reimform, bildhaft-anschauliche Vorstellungshilfen zur Selbstinstruktion, Notieren von Helfersätzen auf Karten und therapeutische Geschichten. Die Verbesserung von sozialen Fertigkeiten kann bei Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung im Einzel- oder Gruppensetting mit Hilfe von Rollenspielen stattfinden. Dabei soll auf eine angepasste Schwierigkeitsstufe geachtet und kurze, überschaubare Verhaltenssequenzen gewählt werden. Als Hilfsmittel können Instruktionkarten dienen. Neben der Verbalisierung der Handlungen und lautem Denken sind Selbstinstruktionen und Selbstverstärkung wichtig. Die Therapeut*innen sollen als Rollenmodelle nicht perfekt sein, eigene Unsicherheiten zeigen und ihr eigenes Verhalten auch fortlaufend korrigieren können. Zur Rückfallprävention lohnt sich das Anlegen eines persönlichen Notfallkoffers mit verschiedenen, in der Therapie erarbeiteten Hilfsmitteln.

Bei Patient*innen mit Ängsten ist zu Beginn der Therapie eine an ihre individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen angepasste Informationsvermittlung zum Thema Angst (Psychoedukation) hilfreich. Weiter wird vorgeschlagen, mit den Patientinnen ein Angstthermometer zu basteln und mit gedanklichen Übungen Konfrontationen

vorzubereiten. Dabei können Vorstellungsbildungen der angstbesetzten Situationen mit Farbmaginationen kombiniert werden. Zudem können den Patientinnen Gegenstände in diesen Farben als Erinnerungshilfen mitgegeben werden. Gemeinsam können in den Therapiestunden Selbsthilfesätze erarbeitet werden, welche zur leichten Erinnerung in Reimform daherkommen können. Als Bewältigungsstrategien erweisen sich Atem- und Entspannungsübungen als sehr hilfreich. Diese können in den Therapiestunden eingeübt werden. Die aus der Verhaltenstherapie bekannten Angsthierarchien können in Form einer Leiter dargestellt und mit konkreten Beispielen in der Ich-Form beschriftet werden. In der Folge kann eine schrittweise Konfrontation stattfinden. Wie bei der Behandlung der Depression sind auch hier die Verbesserung sozialer Fertigkeiten und die Rückfallprävention, in Form eines Notfallkoffers, hilfreich.

Bei Patient*innen mit Zwängen ist zuerst einmal die Vermittlung eines adäquaten Erklärungsmodells zentral. Zur Veranschaulichung kann mit Bildern und Metaphern (z.B. Eisenbahn-Metapher mit Zugabteilen für die einzelnen, aufdringlichen Gedanken) gearbeitet werden. Ebenfalls hilfreich sind soziales Kompetenztraining, die Erstellung eines Unruhethermometers, gestufte Expositionsübungen anhand einer Schwierigkeitshierarchie mit Reaktionsverhinderung, positive Selbstverbalisation, doppelseitige Karteikarten (beschriftet mit den Befürchtungen und einer Rückseite, welche diese widerlegen), Rollentausch, Risikoübungen und Arbeit mit der Eisenbahnmetapher.

Im Rahmen einer Verhaltenstherapie können auch operante Verfahren zum Einsatz kommen, welche eher bei mittlerer bis schwerer intellektueller Beeinträchtigung Anwendung finden. So werden zum Beispiel operante Verfahren mit positiv verstärkenden Konsequenzen, wie soziale Verstärker und attraktive Aktivitäten, angewandt. Verstärkungen sollten unmittelbar erfolgen und zu Beginn leicht zu erreichen sein, was dem Prinzip der kleinen Schritte entspricht. Methodische Hilfen für den Alltag der Patienten helfen beim Erinnern. Hilfestellungen durch den Therapeuten (prompting), allmähliche Ausblendung der Hilfestellungen (fading), Münzverstärkung (token economy), Verstärkerentzug (response-cost), stufenweise Annäherung (shaping) und Verhaltensverkettungen (chaining) sind weitere Bausteine im Rahmen von operanten Verfahren. Der Einsatz von Bestrafungsverfahren, wie Auszeiten (Time-Out) und Nichtbeachtung (Löschung), muss kritisch hinterfragt werden und sollte nur in extremen Situationen mit selbst- und fremdaggressivem Verhalten und in Kombination mit anderen Interventionen zum Einsatz kommen. Der Einsatz von direkten, physischen Strafreizen ist nicht vorstellbar und ethisch nicht zulässig.

Zusammenfassend geht es bei der Verhaltenstherapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung um den gezielten Aufbau von alternativen Fertigkeiten, die Vermittlung von sozialen Kompetenzen und die Verbesserung der Kommunikation. Dazu braucht es von Therapeutenseite her Kreativität, Flexibilität und Kenntnisse über die kognitiven Möglichkeiten und Grenzen der Patient*innen (Selbstreflexion, Sprachkompetenz, Kulturtechniken). Es soll fortlaufend versucht werden, sich mit den Lebens- und Erlebniswelten des Patienten auseinanderzusetzen und bei Bedarf auch das Umfeld in die Therapie miteinzubeziehen.

6.3 Kognitive Verfahren

M. Kehrle (2014, S. 340-348) beschreibt das kognitive Training, welches im Rahmen kognitiver Therapieverfahren zur Anwendung kommt. Sie hält fest, dass eine gut abgestimmte Kombination psychotherapeutischer und pharmakologischer Methoden zu bestmöglichen Synergien führt. Bei der Diagnostik muss zwischen kognitiven Defiziten und den im Rahmen der psychischen Erkrankung auftretenden Symptomen unterschieden werden. Das betreuende Umfeld braucht viel Einfühlungsvermögen und Verständnis und soll den Patient*innen Hilfestellung und Orientierung geben. Die therapeutische Grundhaltung (gemäß Kehrle, 2014, S. 342, angelehnt an Ciompi, 1998) beinhaltet unter anderem die Vereinfachung des therapeutischen Settings, Kontinuität in den Behandlungskonzepten, kongruente Kommunikation, enge Zusammenarbeit mit Betreuern und Angehörigen, Erarbeitung von gemeinsamen Behandlungszielen und die Vermeidung einer Über- oder Unterstimulation. Zudem braucht es im therapeutischen Kontakt Offenheit, Empathie, Ehrlichkeit und Unvoreingenommenheit. Durch kognitives Training sollen die kognitiven Fähigkeiten, die Informationsaufnahme und -verarbeitungskapazität, die Kommunikationsfähigkeit, die affektiven Zustände, der Selbstwert, die (Selbst)Wahrnehmung, Eigenregulation und auch das Handlungsvermögen verbessert werden. Im Vorfeld eines kognitiven Trainings wird die Durchführung einer sensorischen Übung oder Achtsamkeitsübung empfohlen, welche einen Zugang zum Denken und Fühlen schaffen soll. Dabei können eklektisch Aromatherapien, Igelballmassagen, Bildbetrachtung, Tai-Chi, Chi Gong oder Entspannungsmusik zum Einsatz kommen. Der Therapeut soll langsam, deutlich und in kurzen Sätzen sprechen. Ein vereinfachtes und strukturiertes Vorgehen ist sinnvoll und Verknüpfungen mit Bildern, Körperreizen und Düften bieten sich an. Didaktisch sollte das therapeutische Vorgehen auf der oben beschriebenen Grundhaltung von Ciompi aufbauen. Vertiefende theoretische Begründungen des Vorgehens fehlen leider, so dass sich die Frage stellt, ob es sich dabei um das Ausprobieren vieler Behandlungsmethoden und -zugänge (Polypragmasie) handelt oder ob die Anwendung der verschiedenen Methoden und Zugänge auf einem theoretischen Gesamtkonzept basiert. Kognitive Trainings können im Einzel- oder Gruppen-Setting durchgeführt und durch computergestützte Trainingsprogramme ergänzt werden. Auf der Grundlage der Alltagsproblematik soll für jeden Patienten ein ganzheitliches Konzept erarbeitet werden. Da jede Handlungssituation im Alltag kognitive Leistungen erfordert, soll das kognitive Training in den Alltag integriert sein. Eine einheitlich festgelegte Trainingsstruktur und kleine Schritte helfen den Patient*innen, ihren Alltag wieder mit allen Sinnen zu leben beziehungsweise zu erleben.

6.4 Dialektisch-behaviorale Therapie

E. Rahn (2014, S. 349-355) beschreibt, dass die dialektisch-behaviorale Therapie bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung und einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung an die Bedürfnisse der Patient*innen angepasst werden soll. Ziele der Therapie sind der Erwerb von Fertigkeiten mit Hilfe von Trainings und eine Beziehungsklärung im zwischenmenschlichen Bereich. Bei der Anwendung von psychotherapeutischen Programmen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung soll darauf geachtet werden, dass die sprachlichen Voraussetzungen und Anforderungen auf die Selbstwahrnehmung und die Introspektionsfähigkeit reduziert werden müssen. Besonders aufgrund der begrenzten sprachlichen Ressourcen sind Modifikationen an den bewährten Therapiemanualen und -vorgehensweisen nötig. Diese können durch visuelle Hilfsmittel, häufige Wiederholungen, Vereinfachungen, Modelllernen und durch die

Vermeidung von Störungen erreicht werden. Durch homogene, kleine Gruppen können korrigierende Erfahrungen besser ermöglicht werden. In verkürzten Sitzungen sollen die therapeutischen Schritte und Module anschaulich erklärt werden. Dabei ist die Nutzung von sprachfreien, visuellen Hilfsmitteln sehr zentral. Zudem hat das Fertigkeitstraining bei dieser Patientenpopulation einen besonders hohen Stellenwert.

Interessierten Therapeut*innen sei das DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit von Elstner, Schade und Diefenbacher (2012) empfohlen. Dabei handelt es sich um ein, an der dialektisch behavioralen Therapie orientiertes, Programm zur Behandlung emotionaler Instabilität bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.

6.5 Psychotherapeutisches Reiten

M. Scheidhacker, M. Pröttel und D. Rösner (2014, S. 356-359) beschreiben psychotherapeutisches Reiten als innovative Behandlungsmethode für intellektuell beeinträchtigte Menschen mit psychischen Erkrankungen. Durch den Körperkontakt beim Reiten und bei der Pflege der Pferde werden die Beziehungsfähigkeit und Körperlichkeit angesprochen. Diese beiden Bereiche können sowohl durch psychische Erkrankungen aber auch durch intellektuelle Beeinträchtigungen vermindert sein, bieten jedoch auch häufig unerwartete Ressourcen. Koordinative und kognitive Leistungen sind im Kontakt mit dem Pferd an die analoge Kommunikation (Beziehung) und weniger an die digitale Kommunikation (Sprache) gebunden. Dies ist bei dieser Patientengruppe ein Vorteil, da die nonverbale Kommunikation häufig noch besser erhalten ist. Beim psychotherapeutischen Reiten kommt es zu Handlungsdialogen zwischen Mensch und Pferd, was keine abstrakte geistige Leistung ist. Als beispielhafter Ablauf einer Therapieeinheit wird beschrieben, dass zuerst ein Vorgespräch stattfinden sollt, um mit Hilfe von Bildern, Stofftieren und Geschichten von Pferden bei den Patient*innen das Interesse zu wecken. Damit erhält man einen Eindruck der Teilnehmer*innen. Bei der Therapieeinheit selbst hat sich eine Vorbesprechung bewährt, damit sich alle auf das Geschehen einstellen können. Nach der Vorbesprechung kann das Therapiepferd von den Patient*innen möglichst selbstständig geputzt und bereit gemacht werden. Danach wird in der Reithalle miteinander gearbeitet. Dabei kann eine Klopfmassage beim Pferd durchgeführt werden (Kontaktaufnahme), das Pferd beim Longieren mit Stimmhilfen angeleitet werden (positives Feedback beim Erteilen von Anweisungen), das Pferd durch einen selbstgestalteten Hindernisparcours geführt werden (Raumlageorientierung, Handlungsstrukturierung, realistische Zielsetzung) oder bäuchlings auf dem Pferd gelegen werden (Wahrnehmung des eigenen Körpers und des Pferdes). In Gruppensituationen kann das spontane Sprechen über den Austausch von Beobachtungen des freilaufenden Pferdes geschehen. Es kann zur Übernahme von Verantwortung und Bildung von Vertrauen kommen, wenn Patient*innen auf dem Pferd sitzend von Mitpatient*innen geführt werden. Bei einer Nachbesprechung wird auf das Erleben der einzelnen Patient*innen und auch die Erfahrungen der gesamten Gruppe eingegangen. Durch das Malen von Bildern und Besprechen in der Gruppe können Schlüsselsituationen nochmals reflektiert werden. Im Fokus der Pferdetherapie stehen somit zuerst der Dialog der Patient*innen mit dem Pferd und den Therapeut*innen und später dann auch die Kommunikation mit der Gruppe. Es geht darum, dass die Patient*innen ihre individuellen körperlichen, sozialen und geistigen Möglichkeiten kennen lernen und ihnen ein Gefühl des Angenommenseins in ihrem Sosein gegeben werden kann. Psychotherapeutisches

Reiten soll dabei zum Gewinn von Selbstvertrauen, höherer Lebensqualität und zur Persönlichkeitsentwicklung beitragen.

7. Integrative Therapie

Bei der Integrativen Therapie handelt es sich um einen modernen Ansatz ganzheitlicher und differentieller Humantherapie. Sie orientiert sich an der empirischen Therapieforschung, klinischen Psychologie und Philosophie, Neurobiologie und modernen Wissenschaftstheorie (Petzold 2003a/2005r) und gehört zum „neuen Integrationsparadigma“ der Psychotherapie.

Der Integrative Ansatz ist ein biopsychosoziales Verfahren, welches unterschiedliche methodische Ansätze integriert. Die Integrative Therapie ist dabei nicht eklektisch, sondern sie bezieht spezifische und allgemeine Wirkfaktoren auf der Grundlage eines eigenständigen, schulenübergreifenden Theoriekonzepts (tree of science, Petzold, 2003a, S. 65f, 2007h) ein. Durch die wechselseitige Ergänzung vielfältiger Praxisstrategien und fundierter theoretischer Grundlagen entsteht eine mehrperspektivische Sicht (Petzold 2003a; Sieper et al., 2007). Methoden werden in der Integrativen Therapie als «Bündel von Konzepten mit zugehörigen Praxisstrategien, Modalitäten, Techniken und Medien» beschrieben (Petzold, 2014i). Diese Methoden werden wissenschaftlich-theoriegeleitet, evidenzbasiert wirksam und nebenwirkungsarm sowie ethisch korrekt eingesetzt (Petzold & Orth, 2017b)

Die Integrative Therapie zeichnet sich unter anderem durch ihre intersubjektive Grundhaltung und ihrem Respekt vor der "Andersheit des Anderen" aus (E. Levinas 1982) und sieht mit Paul Ricœur (2005) Beeinträchtigungen als „Quelle des Respekts“ an. Eine partnerschaftliche Beteiligung an der Therapie, ein grosses Engagement für die Patient*innen, und die Vermeidung von Risiken und Nebenwirkungen durch die Therapie sind zentral (Märtens & Petzold, 2002; Petzold, 2003a). Die vielfältigen Schwerpunkte der Integrativen Therapie sind die Psycho-, Sozio-, Natur- und Kreativitätstherapie sowie die körperorientierte Leibtherapie, welche alle in ko-respondierenden Prozessen der intersubjektiven, therapeutischen Beziehung stattfinden (Petzold 2003a; Petzold & Sieper 2008b). Dazu gehören unter anderem die Integrative Bewegungstherapie, Thymopraktik, Körpertherapie, Integrative Lauf- und Ausdauertherapie, Grünes Laufen, Integrative Tanztherapie, Integrative Musiktherapie, Poesie- und Bibliothherapie, Integrative Kunsttherapie, Integrative Dramatherapie, Integratives Puppenspiel, Methoden der Integrativen Garten-, Landschafts- und Waldtherapie, Green Meditation, Green Running, Green Exercises und die integrativ tiergestützte Therapie (Petzold & Orth, 2017b, S. 932f). In allen Therapien geschieht kognitives, emotionales, volitives, sozial-kommunikatives, perzeptiv/ interozeptives, sensumotorisches und neurophysiologisches Lernen (ebd., S. 934).

Die Integrative Therapie wurde im Rahmen einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting auf ihre Wirksamkeit hin geprüft (Petzold et al., 2000/2017). Es zeigte sich eine optimale Versorgung der Patient*innen durch die Linderung von Leidenszuständen (palliativer Aspekt), die Minderung von Beschwerden und Gesundung (kurativer Aspekt), die Förderung aktiven Gesundheitsverhaltens (präventiver und salutogener Aspekt) und die Bewältigung von Lebensproblemen, von prekären Lebenslagen und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (supportiver und rehabilitativer Aspekt). Damit zeigt sich die Vielfältigkeit der Integrativen Therapie als klinische Behandlungsmethode, Instrument der

Gesundheitsförderung, Ansatz der Persönlichkeitsentwicklung und Kulturarbeit. Die Integrative Therapie hat eine starke Prozess- und Beziehungsorientierung und zeichnet sich durch ein geringes Behandlungsrisiko aus. Es wurden keine Kontraindikationen gefunden – allerdings sind bei schwierigen Aufgaben und Konstellationen ggf. spezifische Zupassungen erforderlich –, und es zeigte sich zudem eine gute Breitenwirksamkeit des Verfahrens (ebd.).

8. Bedeutsame Konzepte der Integrativen Therapie für die Behandlung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung

Intellektuelle Beeinträchtigung wird gemäss Petzold (1993/1994 in Koch et al., S. 228) als *«eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen in seinem Umfeld mit variierenden Einschränkungen auf der motorischen, sensorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene gesehen. Diese Einschränkungen können genetisch-organische, traumatische und psychosoziale Ursachen haben. Sie werden durch die Sozialisations- und Lebensbedingungen nachhaltig mitbestimmt»* beschrieben.

Ausgehend von dieser Definition wird deutlich, dass sich eine geeignete Therapie für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung an deren Einschränkungen anpassen und das *soziale* und *ökologische* Umfeld – die *embeddedness* – mitberücksichtigen muss. Es werden aufgrund fundierter theoretischer Grundlagen vielfältige Praxisstrategien angewandt, welche die motorische, sensorische, emotionale, soziale und kognitive Ebene ansprechen. Bei der Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sind ein differenziertes Menschenbild und eine klare ethiktheoretische Positionierung unabdingbar. Mit Blick auf die genannten Anforderungen an eine Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung werden im Folgenden einige zentrale Konzepte und Modelle der Integrativen Therapie vorgestellt.

8.1 Menschenbild

Die Integrative Therapie hat ein differenziertes Menschenbild, welches eine wichtige Grundlage jeder therapeutischen Arbeit ist. Die anthropologische Grundformel der integrativen Therapie lautet: *„Der Mensch als Mann und Frau ist ein Körper-, Seele-, Geist-Wesen (Leibsubjekt) im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum (Lebenswelt)“* (Petzold, 2003e). Diese Grundformel besitzt für alle Menschen Gültigkeit. Von der anthropologischen Grundformel ausgehend sollten wir unsere Patient*innen in ihren Lebenswelten begegnen. Diese sind uns vielleicht bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung zu Beginn etwas fremd. Daher kann es hilfreich und notwendig sein, mit einem aufrichten Interesse nachzufragen, sich einzufühlen und die Menschen in ihrem Umfeld kennen und verstehen zu lernen.

Ebenfalls wichtig ist eine ethiktheoretische Positionierung, welche in der Integrativen Therapie klar verankert ist: Es soll Verantwortung für die Integrität, Lebensqualität, Beziehungs- und Entfaltungsmöglichkeiten der Mitmenschen und damit auch der Patient*innen übernommen werden, was nur möglich ist, wenn Vielfalt, Andersartigkeit und Individualität akzeptiert werden. „Genderintegrität“ kommt hier besondere Beachtung zu (Petzold, Orth 2011). Durch eine solche Haltung sind Integration, Teilhabe und Gleichstellung gemäss der, bereits zu Beginn der Arbeit beschriebenen, Behindertenrechtskonvention möglich. Dafür braucht es jedoch eine nachhaltige Kulturarbeit, welche sich dafür einsetzt, die Lebensbedingungen von

Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung positiv zu beeinflussen und weitere gesellschaftliche Entwicklungen zu fördern (Petzold, 2003e).

Der Integrative Ansatz legt einen Fokus auf die lebenslange Integrationsarbeit jedes Menschen als Leibsubjekt in der Lebensspanne, weshalb auch von einer Integrativen Entwicklungstherapie in der Lebensspanne (integrative lifespan developmental therapy) gesprochen wird (Sieper, 2011; Petzold, 1999b/upd.2016). In der Integrativen Therapie wird das Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen mit sämtlichen salutogenen, pathogenen und defizitären Einflüssen über die Lebensspanne betrachtet und dabei ein besonderes Augenmerk auf das soziale Netzwerk, welches unter Einbezug der Kontinuumsdimension auch Konvoi genannt wird, gelegt (Petzold, 2005r/2010).

8.2 Ko-respondenz, Intersubjektivität und unterstellte Intersubjektivität

Laut Petzold (2003e, S. 73) ist Ko-respondenz ein *«konkretes Ereignis zwischen Subjekten in ihrer Andersheit, d.h. in Intersubjektivität, ein synergetischer Prozess direkter, ganzheitlicher und differentieller Begegnung und Auseinandersetzung auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene, ein Polylog über relevante Themen unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes im biographischen und historischen Kontinuum»*. Intersubjektivität ist eine innere Haltung, die darum weiss, dass für einen anderen Menschen die Welt anders aussehen kann. Intersubjektivität ist somit ein wichtiger Aspekt von Ko-respondenz-Prozessen (Petzold, 2003e). Ko-respondenz beschreibt das In-Beziehung-Sein, In-Beziehung-Treten oder In-Beziehung-Setzen unterschiedlicher Realitäten. Intersubjektivität und Ko-respondenz gehören zusammen und bedingen einander (ebd.). Eine Grundhaltung der Integrativen Therapie lautet *«Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum»* und ist ganz entscheidend für eine therapeutische Begleitung auf Augenhöhe, welche auch Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung zusteht.

Intersubjektivität kann je nach Gegenüber unterschiedliche Qualitäten haben, und die Begegnungen können auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Petzold beschreibt (2003a, S. 802f), dass bei schweren Erkrankungen und starken Einschränkungen die Leistungsfähigkeit des exzentrischen Bewusstseins verringert ist und es dadurch schwieriger wird, eine Begegnung auf gleicher Ebene zu ermöglichen und Intersubjektivität im herkömmlichen Sinne (das heisst in voller Wechselseitigkeit) zu realisieren. Intersubjektivität ist daher, je nach Schwere der intellektuellen Beeinträchtigung, unterschiedlich gut herstellbar. In solchen Situationen kann man jedoch aus *«unterstellter Intersubjektivität»* heraus handeln. Dabei begegnet man einem Menschen aus einer intersubjektiven Grundhaltung heraus auf der Ebene, die ihm oder ihr möglich ist und bringt der Person in ihrem So-sein Wertschätzung entgegen. Dabei versucht man sich so zu verhalten, wie vermutlich dieser Mensch behandelt und angesprochen werden möchte, wenn er im vollen Besitz seiner geistigen und seelischen Kräfte wäre. In der Kommunikation wird somit etwas angesprochen, was vielleicht noch nicht da ist oder noch nicht da sein kann, woraus auch Wachstumsimpulse entstehen können (ebd.).

8.3 Integrative Grundregeln

In der Integrativen Therapie gibt es für die Behandlung von Patienten zentrale Leitlinien (Petzold, 2000a), welche sich an den theoretischen Grundlagen der Integrativen Therapie sowie deren Referenztheorien orientieren, wobei die Intersubjektivitätstheorie das Herzstück darstellt. Integrative Therapeut*innen stellen

die Integrität und Würde ihrer Patient*innen sicher (patient dignity) und setzen sich für gerechte Verhältnisse unter Beachtung der Gender-Perspektive ein (Müller, Petzold, 2002a). Durch eine partnerschaftliche Behandlung und Begleitung auf Augenhöhe sollen die Souveränität und Selbstwirksamkeit der PatientInnen gestärkt werden (empowerment) und im therapeutischen Kontakt Alternativerfahren von Zugehörigkeit und Sicherheit durch zwischenleibliche Präsenz und Resonanz (M. Merleau-Ponty) geschaffen werden. Es geht darum, Erkenntnisse und Sinnzusammenhänge zu erlangen und dadurch sich selbst sowie die relevanten Personen im persönlichen Konvoi besser zu verstehen (Petzold, 2000a). Die folgenden anthropologisch und intersubjektiv ausgerichteten integrativen Grundregeln sind für die Integrative Therapie zentral (Petzold, 2003a, S. 1050):

» **Therapie** findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen 'gastlichen Raum', in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen, Polylogen* eines „Du, Ich, Wir“ möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie in Angriff nehmen unter Bedingungen eines 'geregelten Miteinanders', einer *Grundregel*, wenn man so will:

- Der **Patient** bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich selbst, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinander zu setzen. Das geschieht in einer Form, in der er - *seinen Möglichkeiten entsprechend* – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* nicht verletzt.
- Der **Therapeut** seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem Patienten als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinander zu setzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen*, *Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen*, *Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit *ihm gemeinsam* an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich **forschungsgesicherter 'best practice'** Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt.
- **Therapeut** und **Patient** anerkennen die Prinzipien der „doppelten Expertenschaft“ – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung korrespondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.
- Das **Setting** muss gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen und fachverbandliche Regelungen), dass Patientenrechte, „informierte Übereinstimmung“, Fachlichkeit und die *Würde des Patienten* gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.
- Das **Therapieverfahren, die Methode** muss gewährleisten, dass in größtmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund klinisch-philosophischer und klinisch-psychologischer Beziehungstheorie reflektierte, forschungsgestützt begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser *Grundregel* mit dem Patienten/der Patientin und ihren Bezugspersonen *ausgehandelt* und *vereinbart* werden, die die *Basis* für eine polylogisch bestimmte, *sinnvolle* therapeutische Arbeit bieten«
(Petzold 2000).

Abb. 3: aus Petzold, 2006/upd.v.2000a, S.3.

Diese Grundregeln für das therapeutische Arbeiten wurden auf der Grundlage der integrativen Anthropologie, des Mutualitäts- (S. Ferenczi) und Alteritätsgrundsatzes (E. Levinas), der Intersubjektivitätstheorie (G. Marcel) und den auf den Grund- und Menschenrechten basierenden Konzepten der Würde und Integrität (H. Petzold)

formuliert (Petzold, 2000a, S. 2). Die Grundregeln sollen situationsspezifisch auf die Sprach- und Verständnisebene und die psychische Verfassung des Gegenübers angepasst werden. Dafür müssen sie von den Therapeut*innen an die Alltagstheorien der Patient*innen aus unterschiedlichen Schichten und Milieus anschlussfähig gemacht werden und an die Sprach- und Verständnisebene von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung angepasst werden.

8.4 Prozessuale Diagnostik

Im Kapitel «Diagnostik von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung» wurden bereits mögliche diagnostisch-methodische Probleme und Hürden beschrieben. In der Integrativen Therapie wird ein prozessualer Ansatz phänomenologisch-struktureller Diagnostik gewählt, welcher sich von einer rein klassifikatorisch-kategorialen, strukturell-kategorialen oder phänomenologischen Diagnostik unterscheidet (Petzold, 2003a, S.991). P. Osten hat dazu in seinem 2019 erschienen Buch «Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)» die moderne klinisch-psychologische und psychotherapeutische Diagnostik in der Integrativen Therapie umfangreich und mit zahlreichen Methoden- und Praxiskonzepten dargestellt.

Was prozessuale Diagnostik in der Integrativen Therapie bedeutet, soll anhand eines Zitates verdeutlicht werden (Petzold, 2003a, S.989 mit Verweis auf Petzold, 1977j):

«Unter Prozessualer Diagnostik verstehen wir in der Integrativen Therapie die Gesamtheit aller Massnahmen, die für das Erfassen und Verstehen eines Menschen im Kontinuum seiner Lebensspanne (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) und seinem Kontext, seiner Lebenssituation, unter Einbeziehung der eigenen Sichtweise dieses Menschen, seiner subjektiven Weltbilder, erforderlich sind, um einerseits zu einer klinischen Diagnose und Therapiekonzeption zu kommen und andererseits in ko-respondierender Auseinandersetzung mit dem Patienten zu einer gemeinsamen diagnostischen Einschätzung der Situation, damit über Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen der Therapie ein fundierter Konsens hergestellt werden kann, soweit dies jeweils möglich ist. Um dies zu erreichen, ist es erforderlich, im jeweils gegebenen Kontext/ Kontinuum

- *den Klienten/Patienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen*
- *sich als Therapeut in der Interaktion mit dem Patienten/Klienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen*
- *die Therapeut-Patient-Interaktion in das gemeinsame Wahrnehmen, Erfassen und Verstehen zu stellen, um auf dieser Grundlage die Dynamik dieses komplexen Wirkgefüges erklären zu können.»*

Bei der prozessualen Diagnostik wird zuerst eine klassifikatorisch-kategoriale Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-5 gemacht. Danach werden, darauf abgestimmt, welche Informationen man über den Patienten/ die Patientin benötigt und welche Form der Diagnostik angemessen ist, Materialien zum Lebenskontext und zur Lebens- und Krankheitsgeschichte der Patient*innen eingeholt. Dazu können kreative Medien eingesetzt oder auch Bezugspersonen mit einbezogen werden, wenn dies im «informed consent» passiert. Im prozessualen Ansatz der Integrativen Therapie wird versucht, von den Phänomenen zu den Strukturen und Entwürfen zu gelangen. Die Diagnosestellung wird als intersubjektiver und interaktionaler Prozess angesehen, welcher so lange dauert wie die Therapie (Theragnostik).

Mögliche Bereiche der Analyse in der prozessualen Diagnostik werden im Folgenden zur Veranschaulichung aufgelistet (Petzold, 2003a, S. 1048f; Osten, 2011, 2019):

1. *Bedürfnisanalyse/Motivationsanalyse*: Was sind die Bedürfnisse, Wünsche und Motivationen des Klienten?
2. *Problem- und Konfliktanalyse*: Wo liegen Defizite, Traumatisierungen, Störungen oder Konflikte, die aufzulösen, zu substituieren oder zu mindern sind? Welche zentralen Beziehungskonflikte fallen ins Auge? Was sind die wesentlichen Coping-Strategien? Wie wird die eigene Kompetenz wahrgenommen (perceived competence)? Welcher Art sind die Kontrollüberzeugungen? Welche Risikofaktoren und protektiven Faktoren fallen auf?
3. *Leibfunktionsanalyse*: Wie ist es um die Funktionen des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes bestellt?
4. *Lebensweltanalyse*: Wie sind die Familien- und Arbeitssituation, das sozio-ökologische Setting und die Wohnsituation des Patienten? Wie konsistent ist sein soziales Netzwerk, wie stabil seine "social world"? Welcher Art sind die Angebote/Beschränkungen (affordances/constraints)?
5. *Kontinuum-Analyse*: Wie hat sich das Leben des Patienten vollzogen? Welche "prävalent- pathogenen Milieus" lassen sich feststellen, welche kritischen Lebensereignisse, welche Diskontinuitäten? Wie wird der bisherige Lebenslauf eingeschätzt? Welche biographischen Auswirkungen zeigen sich hier und jetzt? Welche prospektiven Aspekte sind zu erwarten? Was sind die spezifischen Merkmale der Krankheitskarriere? Wie ist die Qualität adversiver Ereignisketten bzw. der Convoys, der prolongierten Mangelserfahrungen, positiven Ereignisketten, und wie stellt sich die Interaktion dieser Ketten dar? Welche Aspekte ergeben sich unter einer Mehrgenerationen-Familien-Perspektive?
6. *Ressourcen-Analyse*: Was steht dem Patienten an Eigen- und Fremdressourcen (z.B. soziales Netzwerk, physische Konstitution, materielle Mittel, Bildung, Lebenserfahrungen, Coping-Strategien, internale und externale protektive Faktoren etc.) zur Verfügung? Wieviel "social support" ist vorhanden?
7. *Interaktions-Analyse*: Wie sind die Formen der Relationalität (positive/negative Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeiten) ausgeprägt? Welche Übertragungsqualitäten, Widerstandsphänomene und Abwehrformen fallen auf? Welche Gegenübertragungsresonanzen kommen bei Therapeut/Therapeutin auf? Wie ist das Interaktionsverhalten in der aktuellen Situation?

Bei der prozessualen Diagnostik sind - wie für die ganze Integrative Therapie - die intersubjektive Grundhaltung und Qualität sehr entscheidend. So können reduzierende Etikettierungen und schädliche Verdinglichungserfahrungen besser vermieden werden (Petzold, 2003a, S. 990f), was besonders für die vulnerable Patient*innengruppe mit intellektuellen Beeinträchtigungen sehr wichtig ist.

8.5 Empathie und Interiorisierung

Ein zentrales Element der Integrativen Therapie ist die wechselseitige Empathie (Mutualität), welche auch als schulen-übergreifender therapeutischer Megafaktor gilt (Petzold, 2005r/2010). Empathie wird in der Integrativen Therapie als zerebrale und mentale Fähigkeiten des Menschen beschrieben, welche genetisch disponiert ist und durch die Funktion von Spiegelneuronen und hippocampalem Erfahrungswissen gestützt wird. Dabei kann es zu differenzierten intuitiven Verstehens-/Verständnis-Leistungen (kognitiv), mitfühlendem Zugewandtsein (emotional) und leiblich

berührten, mitschwingenden Resonanzen (interozeptiv) kommen (Petzold & Orth, 2017b, S.915). Bei Empathieprozessen werden die jeweiligen subjektiven und kollektiven sozialen Repräsentationen und Intentionen erfasst, und durch gelingende Empathie kann die Motivation verstärkt werden, Hilfe zu leisten und Verständnis zu zeigen.

Beim integrativen Ansatz komplexer Empathie (Petzold & Mathias-Wiedemann, 2019j) wird zwischen kognitiver Empathie (Verstehen), emotionaler Empathie (Mitfühlen) und somatosensibler/somato-sensumotorischer Empathie (Mitschwingen) unterschieden. Durch Verständnis, Mitgefühl und ein gut reguliertes, positives Mitschwingen können Therapeut*innen einen ausgeglichenen Körperzustand erreichen, welcher ihnen ein hilfreiches Intervenieren ermöglicht. Interpersonales Lernen in therapeutischen Prozessen wird durch wechselseitige komplexe Empathie und eigenleibliches Spüren unterstützt. Die Therapeut*innen sind dabei selbst eines der wichtigsten Therapieinstrumente. Es geht darum, sowohl das Gegenüber und dessen Reaktionen empathisch zu spüren und wahrzunehmen, aber auch die eigenen Reaktionen auf die Patient*innen differenziert wahrzunehmen und selbst als therapeutisches Agens wirksam zu sein (ebd., S.13). Gerade in der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung ist es wichtig, auf diese inneren Resonanzen zu achten. Zugleich ist es zentral, dass die Patient*innen verstehen und erfühlen können, was die Therapeut*innen wollen und darstellen. Dieses emotionale und kognitive Empathieren soll ermöglicht und unterstützt werden. Es soll zudem ein geschützter Rahmen geboten werden, in welchem die Patient*innen das Erlebte aufnehmen und internalisieren können und benigne Erfahrungen interiorisiert werden können (Petzold, 2005r/2010; Petzold & Orth, 2017b; Petzold & Orth, 2017a). So lernt man zum Beispiel durch die Erfahrung des Getröstet-Werdens sich selbst und andere zu trösten (Petzold, 2017f).

Persönlichkeit und Identität bilden sich durch sozialisatorische Prozesse (affiliären Beziehungen und Bindungen) im Lebenskontinuum heraus. Dabei sind Gesundheit und Krankheit an Prozesse gelingender, misslingender und ko-respondierender Intersubjektivität gebunden (Petzold & Orth, 2017b). Im therapeutischen Prozess sollte es zu heilsamen zwischenmenschlichen Interaktionen und Polylogen im konvivialen Raum kommen. Die therapeutische Beziehung soll auf zwischenleiblicher, wechselseitiger Empathie aufbauen. Wohlwollendes und ermutigendes Verhalten der Therapeut*innen kann von den Patient*innen aufgenommen und interiorisiert, „eingeleibt“ (*embodiment*) werden (Petzold 2012c; Petzold & Orth 2017a). Dadurch erhalten die Patient*innen korrektive emotionale, kognitive, interozeptive und volitive Erfahrungen, welche gesundheitsfördernd und heilend wirken und in „Zonen der nächsten Entwicklung“ (angelehnt an L. Vygotskij) stattfinden. Kontakt, Begegnungen, Beziehungen, Bindungen als „Modalitäten der Relationalität“ (Petzold 2003a, S. 794; Petzold & Müller 2005/2007) ermöglichen Lernen in und durch Beziehungen und die Interiorisierung von benignen Beziehungserfahrungen (Petzold & Orth, 2017b; Petzold, 2005r/2010, 2012c). Sie entwickeln und stärken das Selbst-, Menschen- und Weltverstehen – mit der jüngeren Stoa wird hier in der Integrativen Therapie von „Oikeiosis“, Selbstaneignung und Weltgestaltung gesprochen (Petzold 2019d, 2020f) –, was gerade bei dieser Zielgruppe so wichtig ist. „Persönliche Souveränität“ und Kreativität/Kokreativität sollen dabei in Therapien mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung gefördert werden, zumal sie ja oft über besondere kreative Fähigkeiten verfügen, durch die sich das „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ zu verwirklichen vermag

(Petzold 1999q). Die Integrative Arbeit mit „kreativen Medien und Methoden“ bietet hier theoretisch wohl fundierte, nützliche Instrumente (Petzold & Orth 1990a; Petzold, Orth & Sieper 2019), die in vorsichtiger und spezifisch zugeschnittener Anwendung zum Einsatz kommen.

8.6 4E-Perspektive und Leiborientierung

Laut Petzold, Orth und Sieper (2019) haben Kognitionen in der Psychologie schon lange einen hohen Stellenwert und werden häufig mit Intelligenz und Bewusstsein in Verbindung gebracht. Lange Zeit wurde Kognition nur als Informationsverarbeitungsprozess angesehen. Kognitionen und Bewusstsein sind jedoch nicht autonom, sondern benötigen einen Körper, respektive Leib (belebter, mit Bewusstsein ausgestatteter und vom Subjekt erlebter Körper). Die neuen Erkenntnisse zeigen auf, dass Kognition in einem verkörperten, sozial ausgedehnten und umweltlich eingebetteten Zusammenhang gesehen werden muss und diese Voraussetzung auch für Emotionen, Volitionen und Empfindungen gilt (Stefan & Petzold, 2019). Der integrative Embodiment-Embeddedness-Ansatz geht dabei schon lange von einer unlösbaren Verschränkung von Leiblichkeit und Lebenswelt aus. Neue Entwicklungen und Erkenntnisse aus den kognitiven Neurowissenschaften brachten den zusammenfassenden Begriff der 4E Kognition hervor: embodied, embedded, enacted, extended. Dieser beinhaltet die Einleibung/Verkörperung (embodiment), die ökologische und soziale Einbettung/Situiertheit (embeddedness), den Fokus auf Performanzen (enactivism/performance) und die Überschreitungen des Körpers, in den Raum, ins Mentale und Gesellschaftliche (extendedness) (Petzold, Orth & Sieper, 2019, S.6). Diese 4E-Perspektive lässt sich dabei in vielen integrativen Konzepten und unter anderem auch im Matrix-Modell der Integrativen Therapie finden. Das Matrix-Modell *«sieht den Menschen aspektiv in seiner gegebenen Gegenwart als verkörpertes „Leibsubjekt“ (embodiment) mit seinen Kontextsystemen (embeddedness), in denen es „hier und heute“ handelt (enactivism). Das Leibsubjekt wird dabei auch retrospektiv vor dem Hintergrund seiner persönlichen, verleiblichten Vergangenheit (embodiment) mit den jeweiligen gegenwärtigen und memorierbaren Kontextsystemen (embeddedness) in den Blick genommen. Das gilt auch prospektiv für seine antizipierbare Zukunft (extension)»* (Petzold, Orth & Sieper, 2019, S. 18).

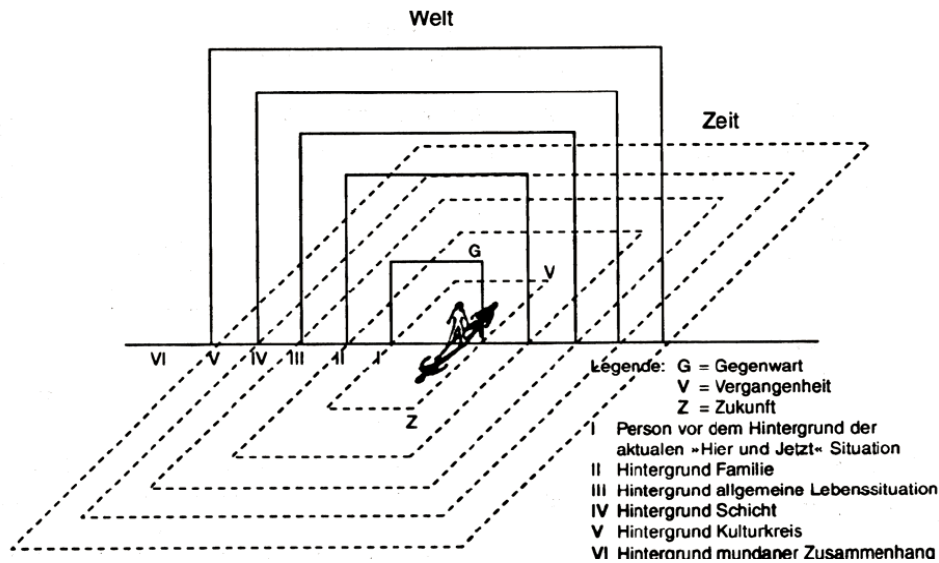


Abb. 4: aus Petzold, 1974j, S. 316: Matrix-Modell der Integrativen Therapie: Der Mensch im räumlich und zeitlich gestaffelten Mikro- (I, II, III), Meso- (IV), Makroystemen (V) und im mundanen Megasytem (VI) von Kontext/Kontinuum (Chronotopos).

Durch diese breite Sichtweise auf den Menschen werden zahlreiche relevante Informationen und Perspektiven miteinbezogen, welche für die Diagnostik und die Therapie gewinnbringend genutzt werden können. Diese Perspektive gibt Hinweise darauf, was unterstützt und gefördert werden soll und wo Ressourcen, Potentiale und Probleme liegen. Veränderungen können in der Folge auf allen vier Ebenen erreicht werden. Zum Beispiel durch korrektive, heilsame Beziehungserfahrungen (embodiment), durch die Veränderung oder Bereitstellung alternativer sozioökologischer Lebenskontexte und -prozesse (embeddedness), durch die Umsetzung veränderter oder neu entwickelter Performanzen (encativism) und durch die Überschreitung bisheriger Muster hin zu neuen Kompetenzen und Performanzen (extension).

Mit dem Basiskonzept des informierten Leibes bietet die Integrative Therapie eine moderne Position zum psychophysischen Problem und hat durch ihre Leiborientierung eine hohe Anschlussfähigkeit an die moderne, neuro-kognitive Embodiment-Forschung (Stefan, Petzold 2019, Petzold, 2002j). Die Leiborientierung basiert dabei auf den anthropologischen Konzepten der Leiblichkeit und des Leibsubjektes (Petzold, 2003a, S. 68). Die Integrative Therapie hat dazu das oben beschriebene Leitbild des Leibsubjektes entwickelt. Auf dessen Grundlage geht man davon aus, dass Menschen alle Erfahrungen mit den zugehörigen Kontexten (*embeddedness*) verkörpern und im Leibgedächtnis abspeichern (Petzold & Orth, 2017a). Dieser Vorgang wird auch Einleibung oder *embodiment* genannt. Aus diesem Grund soll bei Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung, deren verbalen Fähigkeiten oftmals eingeschränkt sind, ein Fokus auf leib- und bewegungstherapeutische Interventionen zur Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung gelegt werden (ebd.).

8.7 Konvivialität und Affiliation

Gemäss Petzold (2005r/2010) ist Konvivialität die Grundlage guter Sozialbeziehungen und gründet in einem sozialen Klima wechselseitiger Zugewandtheit, Hilfeleistung und Loyalität. Hier kommt die Tradition der „ungarischen Schule“ Ferenczis in der Integrativen Therapie zum Tragen (Petzold 2006w, 2012c). Bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sind die zwischenleiblichen Erfahrungen in Gruppen und Gemeinschaften oftmals negativ besetzt, und ein Gemeinschaftsgefühl fehlt oder ist nur schwach ausgeprägt. Eine psychische Erkrankung, welche das Denken, Fühlen und Handeln verändert, erschwert dies noch zusätzlich. In der Therapie mit Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sollen besonders „weiche“ Gefühle, die stresspuffernd, entspannend und angstlösend wirken, gefördert werden. Angrenzungsprozesse sollen kultiviert, das Gemeinschaftsgefühl gestärkt und Angrenzung betrieben werden (ebd.). Unter Affiliation versteht man das intrinsische Bedürfnis nach Nähe zu anderen Menschen (Petzold & Müller 2005/2007). Das Affiliationsnarrativ bildet dabei die Grundlage der Gemeinschaftsbildung, welche die sozialen Netzwerke zusammenhält. Affiliärer Stress entsteht, wenn man von anderen Menschen im Nahraumverhältnis ausgegrenzt wird und wenn Verletzungen, Liebesentzug, Demütigungen oder Missbrauch in Affiliationsverhältnissen passieren. Dies geschieht bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung leider häufig. Um Affiliationen und eine hohe Konvivialität zu erreichen ist es notwendig, in der Gesellschaft Angrenzungsprozesse zu kultivieren. Wenn sich TherapeutInnen im Alltag, in der Forschung, der Politik und in der Arbeitswelt für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung und einer psychischen Erkrankung engagieren und einsetzen, werden wichtige gesamtgesellschaftliche Angrenzungsprozesse aktiviert. Gegen Entfremdung gilt es Konvivialität und Zugehörigkeit zu setzen. Gegen Verhärtung und Verdinglichung müssen Ko-kreativität und Lebendigkeit gestellt werden und die Bereitschaft entstehen, in Polyloge einzutreten (Petzold & Orth, 2017b). Grundlagen des Integrativen Ansatzes sind daher der Leib und die Lebenswelt, die Grundantriebe der explorativen Neugier und des poetischen, ko-kreativen Gestaltungswillens. Ko-kreativität ist bei der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sehr zentral. Es geht um das gemeinsame Gestalten persönlicher und mundaner Lebenswirklichkeit, welche ohne Wertung oder Deutung erfolgen soll (ebd.).

8.8 Performanzkonzept

Das beim integrativen Ansatz verwendete Performanzkonzept für die therapeutische, agogische und supervisorische Arbeit (Sieper & Petzold, 2002/2011) erweist sich auch bei der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung als sehr hilfreich. Performanzorientierte Methoden wie Lauf-, Drama-, Leib- und Bewegungstherapien (van der Mei et al. 1997, Petzold 1974j) sind insbesondere bei dieser Patientengruppe eine wichtige Ergänzung und Begleitung der sonst eher sprach- und einsichtszentrierten therapeutischen Vorgehensweisen. Zudem ist aufgrund der oftmals reduzierten Selbstwirksamkeitsüberzeugung und der teilweise wenig anregenden Lebensumwelten eine Kompetenz- und Performanzorientierung in der Therapie wichtig. Laut Sieper und Petzold (2002/2011) sind Kompetenzen die Gesamtheit aller Fähigkeiten und Wissensbestände, die zum Erkennen, Formulieren und Erreichen von Zielen erforderlich werden. Performanzen hingegen sind die Fertigkeiten (skills) und Praxen, die zur Umsetzung und Realisierung von Zielen notwendig sind.

Bei der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung soll ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass neue Kompetenzen, Performanzen und Verhaltensweisen gefördert werden. Dazu sind (mikro)ökologische oder infrastrukturelle Interventionen erforderlich (Petzold 2000h/2019), welche durch eine gute Zusammenarbeit mit dem Helfer- und Unterstützernetzwerk der Patient*innen erreicht werden können. Die Beeinflussung von Lebenslagen sowie Lebens- und Sozialwelten (environmental modeling) hat in der Integrativen Therapie bereits eine lange Tradition mit hohem Stellenwert (vgl. bspw. Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften, Petzold, 1980e/2005c). Der Einbezug von Kontextinterventionen ist besonders bei der Patientengruppe mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sehr zentral. Das integrative Modell der Performanzorientierung geht davon aus, dass die Umwelt (environment) eines Menschen ein Set an auffordernden (affordances) und begrenzenden (constraints) Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt. Insbesondere bei Patienten*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung ist es wichtig, im Rahmen der Therapie die Fähigkeit zu steigern, diese «affordances» auch mit wirksamen Performanzvollzügen (effectivities) zu beantworten. Um mehr effectivities zu schaffen und so performanzorientiertes Lernen zu ermöglichen, braucht es Kontextinterventionen, um die affordances in der Umwelt zu erhöhen oder zu verändern. Diese Kontextinterventionen sind jedoch nur möglich, wenn das Umfeld in die Therapie miteinbezogen wird.

8.9 17 Wirkfaktoren und 4 Wege der Heilung und Förderung

Im integrativen Verständnis soll das therapeutische Handeln immer eine oder mehrere der folgenden Zielsetzungen haben (Orth & Petzold, 2000/ Petzold & Orth, 2017b):

- a) kurativ, gegebenenfalls auch palliativ
- b) gesundheitsfördernd, salutogeneseorientiert
- c) persönlichkeitsbildend- und entwickelnd
- d) gemeinschaftsfördernd

In der Therapie kommen dazu 17 Wirkfaktoren zum Tragen, welche in der Integrativen Therapietheorie herausgearbeitet und beschrieben wurden. Für den erfolgreichen Einsatz dieser Wirkfaktoren braucht es jedoch eine gewisse Grundlage. Erstens einen funktionierenden Staat mit einem geordneten, demokratischen, zivilgesellschaftlichen Gemeinwesen, welches die Gewährleistung der Würde und Integrität des Anderen als Ziel hat (Sieper, Orth & Petzold, k). Zweitens eine unbeschädigte und unbelastete mundane und regionale Ökologie, mit genügendem Zugang zur Natur. Drittens ein lebensförderliches Wissen in Form einer guten Allgemeinbildung der Bevölkerung und einem Bildungswesen, welches aktuelles Gesundheitswissen vermittelt. Auf der Grundlage dieser Metafaktoren kommen dann die folgenden 17 Wirkfaktoren in der Integrativen Therapie zur Anwendung (Petzold, Orth, Sieper, 2016n, Arbeitsversion, S. 30f):

„14 plus 3 Heil- und Wirkfaktoren“ bzw. „Wirkprozesse“

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv] (EV) 2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv] (ES) 3. Hilfe bei realitätsgerechter [supportiv, konfrontativ], praktischer Lebensbewältigung (LH) |
|--|

4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft [supportiv, konfrontativ] (**EA**)
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung (**EE**)
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**KK**)
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (**LB**) [protektiv, supportiv] (**LB**)
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**LM**)
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte [protektiv, supportiv] (**KG, ÄE, NB**)
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**PZ**)
11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**PW**)
12. Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserlebens, positiver selbstreferentieller Emotionen & Kognitionen, d.h. von „persönlicher Souveränität“ [protektiv, konfrontativ] (**PI**)
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke [protektiv, supportiv] (**TN**)
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv] (**SE**)
15. Förderung eines lebendigen und regelmässigen Naturbezugs [protektiv, supportiv] (**NB, ÄE**)
16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen [protektiv, supportiv,] (**ÄE**)
17. Synergetische Multimodalität [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**SM**)

Abb. 5: aus Petzold, Orth, Sieper, 2016n, Arbeitsversion, S. 30f.

Der Einsatz der genannten Wirkfaktoren soll sich an der prozessualen Diagnostik und an den Problemen, Ressourcen und Potentialen der Patient*innen orientieren. Für ihren Einsatz braucht es ein passendes Setting und eine gute therapeutische Beziehung als Grundlage. Für den Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung braucht es die Kombination von einfühlendem Verstehen und Empathie, emotionaler Annahme und Stütze, Solidaritätserfahrungen und Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit. Gerade bei der vulnerablen Patient*innengruppe der Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung ist es notwendig, sich als Therapeut*in differenzierte Gedanken zum „informed consent“ und der therapieethischen „client dignity“ zu machen (Müller, Petzold 2002a).

Besonders wichtige Wirkfaktoren scheinen in der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung die Hilfe bei einer realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung und die Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen zu sein. Diese begünstigen ein prägnantes Selbst- und Identitätserleben und somit die Erfahrung persönlicher Souveränität (Petzold & Orth, 2014). Daraus können positive Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte entstehen. Um die

Patient*innen für die Therapie und deren Fortführung zu motivieren, sollen Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen gefördert werden. Zentral sind bei Patient*innen mit intellektueller Beeinträchtigung sicherlich die leiborientierten und erlebniszentrierten Vorgehensweisen, bei denen leibliche Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysische Entspannung gefördert und kreative Erlebnismöglichkeiten ermöglicht werden. Zudem sind die Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke und die Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen relevant. Häufig brauchen die Patient*innen besonders viel Unterstützung beim emotionalen Ausdruck und der volitiven Entscheidungskraft. Auch die Förderung eines lebendigen Naturbezuges und die Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen haben sich als hilfreich erwiesen.

Im Therapieprozess werden die verschiedenen Wirkfaktoren mithilfe einer ausführlichen intersubjektiven prozessualen Diagnostik (Theragnostik) immer wieder gemeinsam neu festgelegt und dem Verlauf angepasst. Die therapeutischen Wirkfaktoren kommen dabei im Rahmen des Modells der Vier Wege der Heilung und Förderung zum Tragen. Die vier Wege sind: 1. Bewusstseinsarbeit, 2. Nach-/Neusozialisation, 3. Erlebnis-/ Ressourcenaktivierung und 4. Exzentritäts-/ Solidaritätsförderung (Petzold, 2012h, S. 29). Beim ersten Weg geht es um Einsicht, Sinnfindung und kognitive Regulation. Die Patient*innen sollen sich selbst verstehen und die Menschen, die Welt und das Leben verstehen lernen. Grundvertrauen, Selbstwert und emotionale Regulation stehen beim zweiten Weg im Vordergrund. Es geht darum zugehörig zu sein, beziehungsfähig zu werden, Liebe zu spüren und zu geben und sich zum Freund zu werden. Der dritte Weg fokussiert die Persönlichkeitsentfaltung und -gestaltung und die Lebensstiländerung. Die Patient*innen sollen Neugierde auf sich und andere entwickeln, sich selbst zum Projekt machen und sich in Beziehungen entfalten. Beim vierten Weg geht es darum, nicht alleine zu gehen, füreinander einzustehen und gemeinsam Zukunft zu gewinnen, was durch Metaperspektive, Solidarität und Souveränität erreicht werden soll (ebd.). Dabei müssen die vier Wege und die Wirkfaktoren(kombination) an die Möglichkeiten der Patient*innen und an die spezifischen Beeinträchtigungen angepasst werden.

8.10 Kreative Medien

Bei der Integrativen Therapie handelt es sich um einen multimodalen Ansatz, was eine Anpassung der therapeutischen Vorgehensweise an die Anforderungen und Einschränkungen der Patient*innen ermöglicht. In der therapeutischen Arbeit werden folgende Modalitäten angewandt (Petzold, 2003e, S.95):

1. Übungszentriert-funktionale Modalität: Gesundes Funktionieren wird unter anderem durch systematische Übung und Training, Lauftherapie, Rollentraining und Achtsamkeitsübungen gefördert.
2. Erlebniszentriert-stimulierende/ agogische Modalität: Kreativfördernde Methoden und kreative Medien werden eingesetzt, um alternative Erfahrungen bereitzustellen. Beispiele sind Gestaltmethoden, Farben, Ton, Puppen, Rollenspiele und Imaginationsübungen
3. Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität: Konflikte und psychodynamische Probleme werden prozessorientiert aufgesucht, bewusst gemacht und durchgearbeitet.
4. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität: Gemeinsames Auffinden von Ressourcen und Potentialen, des sozialen Netzwerks und der Lebenslage

der Patient*innen. Durch soziotherapeutische Massnahmen sollen weiterer sozialer Support und psychosoziale Hilfeleistungen erschlossen werden.

5. Medikamentengestützte, supportive Modalität: Bei gewissen Erkrankungen ist in Verbindung mit den Modalitäten 1, 3 und 4 eine stützende Behandlung durch Medikamente unverzichtbar.

Im Rahmen der erlebniszentriert-stimulierenden Modalität werden „kreative Medien und Methoden“ eingesetzt, eine Begrifflichkeit und Praxeologie, die von Petzold und Sieper 1965 eingeführt wurde (Petzold, Orth & Sieper 2019b; Petzold, Brühlmann-Jecklin, Orth & Sieper 2007), die eine breite Resonanz erfuhr und durch eine eigene Medientheorie (Petzold, 1977c/2012) unterfangen wurde. Dabei sind die „kreativen Medien“ solide in den Theorierahmen der Integrativen Therapie integriert (Venzin & Mathias-Wiedemann, 2020) und in ihrer Anwendung auf Wirkungen und Risiken reflektiert (Koopman-Zulliger, 2020), um alternative Erfahrungen auf gesichertem Boden bereitzustellen. Ausgehend von einem informierten Leib, welcher zahlreiche Informationen (visuell, olfaktorisch, taktil) in den Leibarchiven archiviert hat, arbeitet man in der Integrativen Therapie mit kreativen Medien und Bewegung (Petzold, 2002b/upd.2006). Diese Vorgehensweise bietet sich besonders bei Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung an, da die Erlebnisaktivierung und multiple Stimulierung nicht an verbale Leistungen auf der Inhaltsebene gebunden sind, sondern sich auf der Ebene des gesamtleiblichen Erlebens (emotional und propriozeptiv) abspielt.

Der integrative Ansatz hat dazu zahlreiche kreativtherapeutische Methoden entwickelt, die in der Therapie in vielfältiger Weise angewandt werden können und auch in eigenen Studiengängen gelehrt werden (Petzold, Orth & Sieper 2019b, S.12). Die verschiedenen therapeutischen Zugangsweisen stellen dabei keine eigenständigen Therapieverfahren dar, sondern sind Methoden, die im Verfahren der Integrativen Therapie verwurzelt sind (ebd.). Die Integrative Therapie hat in ihrer Praxeologie eine sehr differenzierte Methodenlehre, welche Überlegungen zu Methoden, Techniken, Medien, Wegen, Modalitäten, Stilen, Formen, Strategien und Modellen umfasst (Petzold, 2003a, S. 507f und S. 974). Innerhalb dieses reichhaltigen Instrumentariums gibt es verschiedenste Kombinationsmöglichkeiten. Neben der Arbeit mit Farben, Ton, Interaktions- und Rollenspielen, Psychodrama, Imaginationen, Natur- und Landschaftstherapien kommen auch poesietherapeutische, bewegungs-, tanz- und musiktherapeutische Techniken zum Einsatz. Dabei können immer wieder intermediale Quergänge (das heisst von einem Medium zum nächsten) stattfinden – z.B. vom Bild in den Klang, weiter in den Tanz.

Kreative Medien und technische Interventionsformen können auch in diagnostischer und therapeutischer (theragnostischer) Weise verbunden werden. Jede kreative Darstellung wird als eine *“Botschaft von mir, über mich, für mich und an andere gesehen”* (Petzold & Orth, 2017a, S.12, Petzold, 2003e, S.97). Zahlreiche mediengestützte Techniken wurden von Petzold in verschiedenen Artikeln übersichtsartig aufgeführt und unter Nennung des Einführungszeitpunkts und der Autorenschaft aufgelistet (Petzold, 2003e, S. 96, Petzold & Orth 2008; Petzold & Orth, 2017a, S. 20f). Im Folgenden werden selektiv einige dieser Techniken aufgeführt, welche in der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung (in abgewandelter resp. an die Fähigkeiten des Gegenübers angepasster Form) Anwendung finden können:

- Körperbild, Bodychart: Umrissbild, freies Körperbild
- Lebenspanorama/ Panoramatechnik: Gesundheits-/ Krankheitspanorama
- Selbstbilder und Selbstportraits
- Identitätsbilder: 5 Säulen der Identität (1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netzwerk, 3. Arbeit, Leistung, Freizeit, 4. Materielle Sicherheit, 5. Werte)
- Souveränitätsbilder: Innerer Ort und äusserer Raum der Souveränität werden als Rahmenbild dargestellt
- virtuelle Selbstpräsentation: Erstellen einer persönlichen Homepage, bei internet-/computeraffinen und -interessierten Patient*innen
- Projektives soziales Netzwerk: Soziales Atom in 3-Zonen, Sprechblasentechnik zur Visualisierung von kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen
- Konvoi-Diagramme: Soziale Netzwerke in der Zeit
- Familienskulpturen in Ton oder als Personenaufstellung: Ausarbeitung des sozialen Atoms, Familienmitglieder werden aufgestellt oder in Ton geformt und arrangiert
- Ressourcenfeld: Eigen- und Fremdressourcen darstellen
- Innere Beistände/ innere Feinde: Internalisierte positive und negative Menschen, welche unsere Persönlichkeit bevölkern, werden bildlich dargestellt

8.11 Naturtherapien

Laut Petzold und Hömberg (2014) gewinnen im Rahmen von neueren Therapieentwicklungen verschiedene Arten von Naturtherapien immer grössere Bedeutung. In der Integrativen Therapie wurden Garten- und Landschaftstherapien wie auch tiergestützte Therapien bereits Ende der 1960er-Jahre praktiziert. Sie orientieren sich an den theoretischen Grundlagen des biopsychosozialökologischen Ansatzes der Integrativen Therapie. Bei den integrativen Garten- und Landschaftstherapien (IGLT) werden garten- und landschaftstherapeutische Methoden in Form von gartenpraktischen Aktivitäten und Möglichkeiten des Naturerlebens angewandt. Dabei kann es einerseits zu einem gärtnerischen Umgang mit Pflanzen, Erde, Blumen, Früchten, Steinen, Böden, Bäumen und Sträuchern kommen, andererseits können diese auch als kreative Medien verwendet werden. Durch das gemeinsame Gärtnern und Arbeiten in der Natur werden die soziale Kommunikation und die Beziehung gestärkt. Die vielfältigen sensorischen Anregungen der natürlichen Kontexte (Gärten, Wälder, Landschaften) regen die leibliche Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit der Patient*innen an und ermöglichen so mehr Ausdrucksmöglichkeiten, was insbesondere bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung über einen rein verbalen Zugang schwierig zu erreichen ist. In der integrativen tiergestützten Therapie (ITT) werden Tiere, wie zum Beispiel Hunde, Pferde, Schafe, Lamas oder Kleintiere, konzeptgeleitet sowie artspezifisch und -gerecht in die Therapie miteinbezogen. So kommt es zusammen mit den Tieren und durch eine tragfähige therapeutische Beziehung im gegebenen mikro- und mesoökologischen Kontext (gemeint sind damit Stall, Wiese, Wald, Landschaft) zu Heilungs- und Entwicklungsprozessen. Im Rahmen der Mensch-Tierbeziehung können Patient*innen alternative und/ oder korrektive Erfahrungen machen. Die Prozesse laufen dabei auf der psychosozialen, psychophysiologischen und psychologischen Ebene ab. Durch multisensorisches und multiexpressives Erleben werden positive Entwicklungsprozesse unterstützt und gefördert. Bei der ITT handelt es sich um eine supportive, salutogenetische und übungszentrierte Intervention, welche im Rahmen von Massnahmenbündeln bei verschiedensten Erkrankungen eingesetzt werden kann. Die ITT eignet sich auch bei Patient*innen, die als „hard-to-reach“ angesehen werden (ebd.). Für eine umfassende Übersicht

über die modernen Naturtherapien (Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und tiergestützte Therapie, Green Care und Green Meditation) ist das Buch «Die neuen Naturtherapien» von Petzold, Ellerbrock und Hömberg (2018) zu empfehlen.

9. Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung signifikant häufiger als die Allgemeinbevölkerung an psychischen Erkrankungen leiden und somit ein deutlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsbedarf besteht. Dieser erhöhte Versorgungsbedarf steht im Gegensatz zur Unterversorgung dieser Patientenpopulation. Es zeigen sich deutliche Versorgungslücken, lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz und eine Überrepräsentation von pharmakologischen gegenüber psychotherapeutischen Behandlungen bei erwachsenen Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Als Gründe für die schlechte therapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung werden häufig strukturelle und finanzielle Probleme in der Gesundheitsversorgung, Zuschreibungsprozesse und mangelnde subjektive Kompetenz der Behandler*innen genannt. Gewisse Hürden könnten durch politische Vorstöße, die Erweiterung der Curricula der Psychotherapieausbildungen und durch die Schaffung regionaler Fortbildungs- und Vernetzungsangebote abgebaut werden.

Bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung müssen gewisse grundlegende Prinzipien berücksichtigt werden, wie zum Beispiel die Reduktion und Vereinfachung von Sprachanforderungen, Anpassung der Therapie an die individuelle Verständnis- und Konzentrationsfähigkeit, eine aktive Beziehungsgestaltung, Nutzung von Visualisierungshilfen, aktivitätsbezogene Interventionsformen, Kooperationen mit Bezugspersonen und ein flexibles Setting mit einer oftmals aktiveren Therapeut*innen-Rolle. Therapieinhalte sollten möglichst prägnant, konkret, handlungsbezogen und vereinfacht vermittelt werden. Den Verstehensprozess können Veranschaulichungen erleichtern. Für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung wurden bewährte allgemeine Therapieansätze adaptiert und spezifische Therapieverfahren entwickelt. Bezugnehmend auf Lingg und Theunissen wurden die Konzepte der psychoanalytisch orientierten, individualpsychologischen, klientenzentrierten, verhaltenstherapeutischen, körperorientierten und systemischen Therapie sowie der Gestalttherapie und Neuropsychotherapie in Bezug auf die therapeutische Arbeit mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung kurz vorgestellt und mit Bezug auf das Buch von Schanze auf einzelne Therapieformen näher eingegangen. Bei allen vorgestellten Therapieformen wurde darauf hingewiesen, dass die Methoden und Interventionen an die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung angepasst werden müssen.

Da es sich bei der Integrativen Therapie um eine ganzheitliche und differentielle Humantherapie in der Lebensspanne und im sozioökologischen Kontext handelt, welche multimodal und multimethodisch arbeitet und Psychotherapie konzeptbasiert mit leib-, bewegungs- und kreativtherapeutischen Methoden sowie soziotherapeutischen und agogischen Massnahmen kombiniert, bietet sie die idealen Voraussetzungen für die Therapie von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Die Integrative Therapie hat ein differenziertes Menschenbild und eine klare ethiktheoretische Positionierung, welche dazu beitragen, den Patient*innen in ihren Lebenswelten zu begegnen und Integration, Teilhabe und

Gleichstellung zu ermöglichen. Der integrative Ansatz fokussiert auf die lebenslange Integrationsarbeit jedes Menschen als Leibsubjekt in der Lebensspanne. Dabei wird sehr viel Wert auf die Sicherstellung der Integrität und Würde der Patient*innen gelegt. Den Grundregeln der Integrativen Therapie entsprechend, können sich die Patient*innen ihren Möglichkeiten angepasst in die Therapie einbringen und dabei auf engagierte Therapeut*innen treffen, welche sich aus einer intersubjektiven Grundhaltung heraus mit der jeweiligen Lebenslage und der Netzwerksituation auseinandersetzen und in doppelter Expertenschaft an der Gesundheit, Problemlösung und Persönlichkeitsentwicklung arbeiten. Dabei werden die Patient*innen, ausgehend von deren Alltagstheorien sowie Sprach- und Verständnismöglichkeiten, über diese Grundregeln informiert.

In der Therapie von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung und ein grosses, empathisches Verständnis zentral. Ko-respondenz, (unterstellte) Intersubjektivität und Koexistenz sind in der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sehr wichtig. Es braucht gerade bei diesen therapeutischen Begleitungen eine innere Haltung, die darum weiss, dass die Welt für das Gegenüber anders aussehen kann. Die Grundhaltung *«Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum»* und die Wertschätzung des So-seins der Patient*innen fördert dabei das Zugehörigkeitsgefühl und die Identitätswahrnehmung, welche durch eine intellektuelle Beeinträchtigung eingeschränkt sein können. Im therapeutischen Prozess der Integrativen Therapie soll es durch eine gute therapeutische Beziehung zu heilsamen zwischenmenschlichen Interaktionen und Polylogen kommen und damit die Interiorisierung von benignen Beziehungserfahrungen gefördert werden. Mögliche diagnostisch-methodische Probleme, Etikettierungen und Verdinglichungserfahrungen versucht die Integrativen Therapie durch eine intersubjektive prozessuale Diagnostik (Theragnostik) bestmöglich zu vermeiden.

In der Therapie geht es darum, den Patient*innen konkrete Hilfen zu geben, den emotionalen Ausdruck, die Bewusstheit für den eigenen Leib und das soziale Miteinander zu fördern. Gerade in der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung ist ein mehrperspektivischer Blick auf die Vielfalt des Lebens ganz wichtig. Nicht nur die rein kurative Behandlung soll bei der Behandlung dieser Patient*innengruppe im Fokus stehen, sondern auch die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung. Eine reine *«Psycho»*therapie greift dabei oft zu kurz. Es braucht stattdessen eine Humantherapie mit einem breiten Einsatz flankierender Massnahmen wie Soziotherapie, Bewegungstherapie, Sozialberatung und Freizeitgestaltung. Der Einsatz von vielfältigen, kreativen Methoden und Medien macht die Integrative Therapie besonders geeignet für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung.

In der Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung ist es sehr wichtig, sie im Bereich der persönlichen Souveränität und bei einer sinnhaften und ko-kreativen Lebensgestaltung zu unterstützen. Es geht darum, die Patient*innen in ihrer Selbstverwirklichung und Selbstregulation zu fördern und zu unterstützen, damit sie eine grösstmögliche persönliche Souveränität entwickeln können. Die Integrative Therapie kann sich aufgrund ihrer Methodenvielfalt, den kreativen Zugangswegen sowie der leib- und bewegungstherapeutischen Fokusse bestmöglich an die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung anpassen. Die Arbeit mit Bewegung und kreativen Medien ist für die Patient*innen

unmittelbar erfahrbar, wodurch Hürden in der verbalen Kommunikation umgangen werden können. Durch kreative und leibliche Zugänge sind so nochmals ganz andere Verständnis- und Einsichtsprozesse möglich. Durch das Basiskonzept des informierten Leibes, der Verschränkung von Leiblichkeit und Lebenswelt und der 4E-Perspektive hat die Integrative Therapie eine hohe Anschlussfähigkeit an die moderne, neurokognitive Forschung.

Performanzorientierte Methoden wie Lauf-, Drama-, Leib- und Bewegungstherapien sind wichtige Ergänzungen der sonst eher sprach- und einsichtszentrierten therapeutischen Vorgehensweisen. Neue Kompetenzen, Performanzen und Verhaltensweisen werden gefördert, wobei auch (mikro)ökologische Interventionen und eine gute Zusammenarbeit mit dem Helfer- und Unterstützernetzwerk erforderlich sind. Der Einbezug von Kontextinterventionen ist besonders bei dieser Patientengruppe sehr zentral. Orientiert an den Problemen, Ressourcen und Potentialen der Patient*innen kommen im integrativen Ansatz 17 Wirkfaktoren in individuell angepassten Kombinationen und im Rahmen des Modells der vier Wege der Heilung und Förderung zum Tragen. Durch die Multimodalität des Ansatzes kann das therapeutische Vorgehen bestmöglich an die Anforderungen und Einschränkungen der Patient*innen angepasst werden. Bezeichnend für die Integrative Therapie sind die zahlreichen kreativtherapeutischen Methoden, die in vielfältiger Weise angewendet werden. So kommen, nebst der Arbeit mit Farben, Ton, Interaktions- und Rollenspielen, Psychodrama und Imaginationen, auch poesietherapeutische, bewegungs-, tanz- und musiktherapeutische Techniken, Natur- und Landschaftstherapien sowie tiergestützte Therapien zum Einsatz. Diese regen unter anderem die leibliche Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit der Patient*innen an und fördern durch das multisensorische und multiexpressive Erleben positive Entwicklungsprozesse.

Die bestehenden Hürden in der Therapie von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung müssen weiter abgebaut werden. Dafür braucht es engagierte Therapeut*innen und vernetztes Denken und Handeln. Dies kann in Form regionaler Interessens- und Intervisionsgruppen, durch Fort- und Weiterbildungsangebote und durch Kooperationen mit regionalen Wohneinrichtungen, Angeboten der beruflichen Förderung und Beratungsangeboten für Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung erreicht werden. Eine Integration dieses Themas in die Curricula der Psychotherapieausbildungen sollte angestrebt werden. So kann frühzeitig daran gearbeitet werden, Vorurteile abzubauen und Berührungspunkte zu schaffen, damit sich die neu ausgebildeten Therapeut*innen ausreichend kompetent fühlen, um diese Patientengruppe zu behandeln. Um Unsicherheiten und Berührungängste abzubauen, braucht es eine Ausbildung, *«die nicht nur die Anwendung von Techniken lehrt, sondern eine Therapeutinnen- und Therapeuten-Persönlichkeit fördert, die Freude daran hat, sich ständig weiterzuentwickeln und im Fremden statt einer Bedrohung eine Bereicherung sieht. Eine Persönlichkeit, die so in der Lage ist, versorgungsverantwortlich zu denken, zu fühlen und zu handeln.»* (Glasenapp in Glasenapp & Schäper, 2016, S. 17). Genau dies ermöglicht die breit angelegte Weiterbildung in Integrativer Therapie. Meine eigenen Erfahrungen mit der integrativen therapeutischen Begleitung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung sind sehr positiv. Ich hoffe, dass die vorliegende Arbeit einen Beitrag zum Abbau bestehender Hürden leisten kann und aufzeigt, wie gut sich der integrative Ansatz für die Behandlung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung eignet.

10. Zusammenfassung/ Summary

Zusammenfassung: Integrative Therapie mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über die therapeutische Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Patient*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Dazu wird der Begriff der intellektuellen Beeinträchtigung anhand gängiger Diagnosemanuale definiert und auf die Prävalenz und Diagnostik psychischer Erkrankungen eingegangen. Zudem werden die psychotherapeutische Versorgungssituation bzw. die bestehende Unterversorgung dieser Patientengruppe beschrieben. Es wird ein Überblick über die grundlegenden Therapie-Voraussetzungen sowie verschiedene Therapieformen und -richtungen gegeben. Anhand zentraler Modelle und Konzepte wird die Integrative Therapie vorgestellt und aufgezeigt, weshalb diese besonders geeignet ist für die Behandlung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung und psychischen Erkrankungen.

Schlüsselwörter: Intellektuelle Beeinträchtigung, psychische Erkrankung, zentrale Modelle und Konzepte, Integrative Therapie

Summary: Integrative therapy with people with intellectual disability

This paper provides an overview of the therapeutic treatment of mental disorders in patients with intellectual disabilities. The term intellectual disability is defined by means of common diagnostic manuals and the prevalence and diagnosis of mental disorders is discussed. In addition, the psychotherapeutic care situation and current lack of sufficient therapeutic care opportunities for this patient group are described. An overview of the basic therapy requirements as well as different forms and directions of therapy are given. Integrative therapy is presented using central models and concepts and it is shown that Integrative therapy is ideal for the treatment of people with intellectual disabilities and mental disorders.

Keywords: Intellectual disability, mental disorder, central models and concepts, integrative therapy

11. Literaturverzeichnis

- Besems, T. (1977c): Integrative Therapie als Ansatz zu einer „kritischen“ Gestalttherapie, *Integrative Therapie* 3/4, 187-194.
- Besems, T., Van Vugt, G. (1983): Integrative Körpertherapie bei behinderten Kindern und Jugendlichen. In: Färber, H. (Hg.): Integrative Therapie mit geistig und behinderten Kindern und Jugendlichen. Dortmund: Modernes Lernen, 23-47.
- Bhaumik, S., Tyrer, F. C., McGrother, C., Ganghadaran, S. K. (2008): Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 52(11), 986-995.
- Buchner, T. (2006): „dass du alles sagen kannst, was du denkst, und dass du dich nicht zurückhalten sollst und so...“ Psychotherapie aus der Sicht von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Henniscke, K. (Hg.): Psychologie und geistige Behinderung, Materialien der DGSGB, Bd. 12, Berlin 2006, 73–86.
- Buckles, J., Luckasson, R., Keefe, E. (2013): A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003–2010. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(3), 181-207.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., Allan, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35.
- Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) (2015): Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der PT-Richtlinien, abgerufen am 05.05.2020 unter: https://dgsgeb.de/downloads/stellungnahmen/vorschlag_pt_richtlinie.pdf
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Köln. Abgerufen am 05.05.2020 von: <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icf/icfbp2005.zip>
- Dilling, H., Freyberger, H. J. (2014): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, nach dem englischen Pocket Guide von J.E. Cooper, 7., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM (German Modification). Bern: Verlag Hans Huber
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., Remschmidt, H. (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Došen, A. (2018): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Herausgeber und Bearbeiter der deutschsprachigen Ausgabe Klaus Henniscke & Michael Seidel. Göttingen: Hogrefe.
- Došen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R., Lapointe, A., Seidel, M. (2010): Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten –Europäische Edition–, Materialien der DGSGB, Bd. 21. Berlin: DGSGB. www.dgsgeb.de/index.php?section=Band%2021

- Eidgenössisches Departement des Innern* (2014): Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, abgerufen am 05.05.2020 unter: <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>
- Elstner, S.H.A., Schade, C., Diefenbacher, A.* (2012): DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit: an der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Emerson, E., Hatton, C.* (2007): Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 493-499.
- Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S., Bengel, J.* (2017): Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim: Beltz.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U.* (2015) (Hg.): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Geisenberger-Samaras, C.* (2014): Verhaltenstherapie bei Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung. In: *Schanze, C.* (Hg.) (2014) 323-339.
- Glaserapp, J.* (2016): Zur Einführung: Barrierefreie Psychotherapie. In *Glaserapp, J., Schäper, S.* (Hg.) (2016) 13-18.
- Glaserapp, J., Schäper, S.* (2016) (Hg.): Barrierefreie Psychotherapie-Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung: Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel. DGSGB.
- Grawe, K.* (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.* (1994, 2001): Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Groz, J.* (2020): Verortung zentraler Konzepte der Integrativen Therapie in den „Tree of Science“, *POLYLOGE*. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* Jg. 2020.
- Hagopian, L.P., Jennett, H.K.* (2008): Behavioral assessment and treatment of anxiety in individuals with intellectual disabilities and autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20(5), 467-483.
- Hässler, F.* (2011): Intelligenzminderung: eine ärztliche Herausforderung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hässler, F., Bienstein, P., Buscher, M.* (2014): S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. Abgerufen am 29.06.2020 von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12_verlaengert_01.pdf
- Hässler, F., Eggers, C.* (2012): Intelligenzminderung. In *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin, Heidelberg: Springer. 785-833.

- Hulbert-Williams, L., Hastings, R.P. (2008): Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 883-895.
- Hurley, A.D., Tomasulo, D.J., Pfadt, A.G. (1998): Individual and group psychotherapy approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10(4), 365-386.
- Kehrle, M. (2014): Kognitive Verfahren. In: Schanze, C. (2014) 340-348.
- Koopman-Zulliger, A. (2020): Kreative Mal-Medien in der Integrativen Therapie: Anwendung, Nutzen und Risiken, *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 07/2020*, <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2020-koopman-zulliger-andrea-kreative-mal-medien-in-der-integrativen-therapieanwendung-nutzen-und-risiken/>
- Koslowski, N., Klein, K., Arnold, K., Koesters, M., Schuetzwohl, M., Salize, H. J., Puschner, B. (2016): Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 469-474.
- Lingg, A., Theunissen, G. (2017): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. 7. überarbeitete und aktualisierte Ausgabe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Macha, T., Petermann, F. (2020): Intelligenzminderung. In Wirtz, M. A. (Hg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 20.04.2020, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/intelligenzminderung#search=921cf33a648dd89abd28b4d2a9014a9a&offset=0>
- Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3, 374-428.
- Mevissen, L., De Jongh, A. (2010): PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 308-316.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“ In: Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald, S. 293-332.
- Nicoll, M., Beail, N., Saxon, D. (2013): Cognitive behavioural treatment for anger in adults with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1), 47-62.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2000): Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit – ein „lifespan developmental approach. Theorie, Praxis, Wirksamkeit, Entwicklungen. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit -*

- 08/2000. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/08-2000-orth-i-petzold-h-g-2000-integrative-therapie-das-biopsychosoziale-modell/>
- Osten, P. (2011): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 14/2011. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/14-2011-osten-peter-integrative-psychotherapeutische-diagnostik/>
- Osten, P. (2019): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD). Stuttgart: UTB.
- Petzold, H. G. (2011j, Update von 2002p): „Lust auf Erkenntnis“. ReferenztheoretikerInnen der Integrativen Therapie. Polyloge und Reverenzen – Collagierte Materialien (II) zu einer intellektuellen Biographie und zu 45 Jahren „transversaler Suche und kokreativer Konnektivierung“ (1965-2010) – Erstversion 2002p, erw. 2004b und Updating 2006e, Neueinstellung Fassung 2011j. Textarchiv: <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-et-al-2002p-updating-2006-2011j-lust-auf-erkenntnis-polyloge-und/>
- Petzold, H. G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, *Integrative Therapie* 1, 73-94. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuendnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und/>
- Petzold, H. G. (2019d/2020c): Notizen zur „OIKEIOSIS“, Selbstfühlen und Naturfühlen. Transversale Selbst-, Natur-, Welterkenntnis, „Green Meditation“, „Green Writing“, „Grünes Handeln“ – anthropologische und mundanologische Konzepte der Integrativen Therapie. *Grüne Texte* 14/2019 <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-2020c-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-gruene-texte-14-2019.pdf> ; *POLYLOGE* 5/2020, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-polyloge-05-2020.pdf>
- Petzold, H. G. (2020f): Der „INTEGRATIVE ANSATZ“ des „Selbst- und Weltverstehens“ (Oikeiosis) – Weltkomplexität offen halten und mitgestalten: ein nicht-reduktionistischer, transversaler Blick für Menschenarbeiter12/2020 *POLYLOGE* und in Groz, *POLYLOGE* 2020.
- Petzold, H. G., Brühlmann-Jecklin, E., Orth, I., Sieper, J. (2007): „Methodenintegrativ“ und „multimodal“ – kokreative Strategien in den Konfluxprozessen der „Integrativen Therapie“. Zur Geschichte und Bedeutung der Begriffe. *Mitgliederrundbrief der Deutschen Gesellschaft für Integrative Therapie* 2, 24 - 36. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/33-2008-petzoldbruehlmann-jecklinorthsieper-methodenintegrativ-und-multimodal/>
- Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: *Abdul-Hussain, S.* (2011): *Genderkompetente Supervision*. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195-299. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/04-2014-petzold-h-g-orth-i-genderintegritaet-als-neues-leitparadigma-fuer-supervision/>
- Petzold, H.G. (1974j/1977j): *Psychotherapie und Körperdynamik*, 7. Aufl. 1994. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (1977c/2012): Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik. In: Petzold, H.G., Brown, G., 1977. (Hg.) Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Erziehung. München: Pfeiffer, S. 101-123. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/19-2012-petzold-h-g-1977c-2012-die-medien-in-der-integrativen-paedagogik-und-therapie/>
- Petzold, H.G. (1980e/2005c): Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften – zur konzeptuellen Systematisierung dieser Lebens- und Arbeitsformen und ihrer Bedeutung für die Arbeit mit alten Menschen. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 01/2005. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/01-2005-2005c-u1980epetzold-h-g-et-al-wohngemeinschaften-und-therapeutische-wohngemeinschaften-zur-konzeptuellen-systematisierung-dieser-lebens-und-arbeitsformen-und-ihrer-bedeutung-fuer-die-arbeit-mit-alten-menschen>
- Petzold, H.G. (1993i): Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: Koch, U., Lotz, W., Stahl, B. (Hg.) (1994): Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Huber, 226-240.
- Petzold, H.G. (1999b/ upd.2016): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz) 34, 43-46. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/23-2016-petzold-hilarion-g-1999b-psychotherapie-in-der-lebensspanne/>
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2001-1999q-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk.html>
- Petzold, H.G. (2000a): Die „Grundregel“ der „Integrativen Therapie“ 2000 und die „Gender- und Antdiskriminierungserklärung“ der EAG 2006. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 01/2000. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/01-2006-petzold-h-g-upd-v-2000a-eine-grundregel-fuer-integrative-therapie-dekonstruktive/>
- Petzold, H.G. (2000h/2019): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der „Integrativen Therapie“ für ihre biopsychosoziale Praxis (Chartacolloquium III). *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 11/2019. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/11-2019-petzold-h-g-2000h-wissenschaftsbegriff-erkenntnistheorie-und-theorienbildung-der-integrativen-therapie-und-ihrer-biopsychosozialen-praxis-chartacolloquium-iii/>
- Petzold, H.G. (2002b/upd.2006): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2006. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2006-petzold-h-g-upd-v-2002b-zentrale-modelle-und-kernkonzepte-der-integrativen/>
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische*

- Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2002. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html> und in *Petzold* (2003a): *Integrative Therapie*, Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. Bd. III, 1051-1092.
- Petzold, H.G.* (2003a): *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1993a
- Petzold, H.G.* (2003e/2006k/2011): *Menschenbild und Praxeologie*. Updating 2006k als: *Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie*. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2011. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/>
- Petzold, H.G.* (2005r/2010): *Integrative Therapie – neue Wege einer Humantherapie in der Lebensspanne Das „erweiterte“ biopsychosoziale und entwicklungsorientierte Modell moderner Psychotherapie*. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2010. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2005r-integrative-therapie-neue-wege-einer-humantherapie-in-der-lebensspanne/>
- Petzold, H.G.* (2006w): *Sándor Ferenczi – ein Pionier moderner und integrativer Psychotherapie und Traumabehandlung*. *Integrative Therapie* 3-4 (2006) 227-272. Textarchiv 2006: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2006w-sandor-ferenczi-pionier-moderner-integrativer-psychotherapie-klinisches-tagebuch.pdf
- Petzold, H.G.* (2007h/2018): *„Randgänge der Psychotherapie – polyzentrisch vernetzt“ Einführung zur Gesamtbibliographie updating 2007*. Bei www.fpi-publikation.de/materialien. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2007h-randgaenge-der-psychotherapie-polyzentrisch-ernetzt/> und *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 1/2009 und in *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (2007) (Hg.): *Neue Wege Integrativer Therapie*. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. S. 677 -697. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/13-2018-petzold-h-g-2007a-2018-integrative-psychotherapie-tree-of-science-wissen/>
- Petzold, H.G.* (2012h): *Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung- Komplexe Humantherapie III* Textarchiv Jg. 2012. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012h-integrative-therapie-transversalitaet-zwischen-innovation-und-vertiefung.html>
- Petzold, H.G.* (2014i): *Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie*. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2014i-integrative-depressionsbehandlung-auf-neurowissenschaftlicher-grundlage/>

- Petzold, H.G. (2019e): Natur sein, Natur-Sein – Nature embodied in time and space, in Kontext/Kontinuum. „Ökologische Intensivierungen“ im Integrativen Ansatz der Therapie und Supervision. *GRÜNE TEXTE: Die neuen Naturtherapien – Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, tiergestützte Therapie, Green Care, Green Meditation, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik* - 09/2019. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=grueneTexte_petzold-2019e-natur-sein-nature-embodied-in-time-and-space-oekologische_intensivierungen-gruene-texte-09-2019.pdf
- Petzold, H.G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M., Steffan, A. (2000/2017): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis -Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2017. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/16-2017-petzold-h-g-hass-w-maertens-m-steffan-a-2000-wirksamkeit-integrativer-therapie/>
- Petzold, H.G., Hömberg, R. (2014): Naturtherapie – tiergestützte, garten- und landschaftstherapeutische Interventionen. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 11/2014. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/11-2014-petzold-h-g-hoemberg-r-naturtherapie-tiergestuetzte-garten-und-landschaftsth/>
- Petzold, H.G., Mathias-Wiedemann, U. (Arbeitspapier 2019j/2018n): Kommentalisierung, Mentalisierung, um Geleit-Material - Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ als Grundlage konstruktiv-melioristischer Lebenspraxis, Therapie, Agogik, Beratung, Supervision (noch nicht veröffentlicht)
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet/>
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a/2007): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2008): Der „Schiefe Turm“ fällt nicht – Salutogenetische Arbeit mit Neuromentalisierungen und kreativen Medien in der Integrativen Therapie. in: Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 593-653. - <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-orth-i-2008a-der-schiefe-turm-faellt-nicht-weil-ich-das-w-i-l-l/>

- Petzold, H.G., Orth, I. (2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung* – 06/2014. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/18-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenerlicher-souveraenitaet/>
- Petzold, H.G., Orth, I. (2017a): Interozeptivität/ Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/ Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 22/2018. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder/>
- Petzold, H.G., Orth, I. (2017b): Epitome. Polyloge in der Integrativen Therapie: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ – Grundkonzepte für „komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. In: Petzold, H. G., Leeser, B., Klemptner, E. (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth, Bielefeld: Aistheis. S. 885-971. Ersch. auch in *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 31/2017. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/31-2017-petzold-h-g-orth-i-2017b-epitome-polyloge-in-der-integrativen-therapie.html>
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2016n): Die „14 plus 3“ Wirkfaktoren und -prozesse in der Integrativen Therapie. Transversale Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Metafaktoren, Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -prozesse und die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. (Der Text wurde 2015/16 als Werksatt- und Arbeitspapier für die Schulung von LehrtherapeutInnen und WeiterbildungskandidatInnen der EAG erarbeitet und liegt in einer für die Neueinstellung bearbeiteten und mit neuer Literatur versehenen Arbeitsversion vor).
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2019): Zum Geleit - Zwischen Embodiment, Embeddedness und Mentalisierung, innovative Impulse für das Feld integrativer Psychotherapie und Humantherapie – die 4E-Perspektiven (noch nicht erschienen)
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2019b/2010/2008): Integrative Therapie mit Kreativen Medien, Komplexen Imaginationen und Mentalisierungen als „intermediale Kunsttherapie“ – ein ko-kreativer Ansatz der Krankenbehandlung, Gesundheitsförderung, Persönlichkeitsbildung und Kulturarbeit. *HEILKRAFT DER SPRACHE UND KULTURARBEIT: Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie, Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit, Kreativitätstherapien, Kulturprojekte* - 12/2019. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2019-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2008-2010-2019b-integrative-therapie-mit-kreativen/>
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (1998) (Hg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer und, erweitert in: Petzold, H.G. (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und

- Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen. (1998h) 118-141. Textarchiv 1998: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-osten-p-1998-diagnostik-und-mehrperspektivische-prozessanalyse-in-der.html>
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 25/2008. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2008-petzold-h-g-sieper-johanna-integrative-soziotherapie.html>
- Pörtner, M.* (2019): Ernstnehmen-Zutrauen-Verstehen: Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Prout, H. T., Browning, B. K.* (2011): Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: A review of effectiveness research. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(5), 53–59.
- Rahn, E.* (2014): Dialektisch-behaviorale Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. In: *Schanze, C.* (Hg.) (2014) 349-355. *Ricœur, P.* (2007): Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts. In: *Sieper, Orth, Schuch* (2007) 259-269.
- Robertson, B.* (2011): The adaptation and application of mindfulness-based psychotherapeutic practices for individuals with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilitie*, 5(5) 46-52.
- Sappok, T., Voss, T., Millauer, E., Schade, C., Diefenbacher, A.* (2010): Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Der Nervenarzt*, 81(7), 827-836.
- Schäfer-Walkmann, S., Traub, F., Häussermann, M., Walkmann, R.* (2015): Barrierefrei gesund: Sozialwissenschaftliche Analyse der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Stadtgebiet Stuttgart. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Schanze, C.* (2014) (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.
- Schanze, C.* (2014): Gesprächsführung, Beratung und personenzentrierte Gesprächstherapie. In: *Schanze, C.* (Hg.) (2014) 314-322.
- Schanze, C., Schmitt, R.* (2014): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In: *Schanze, C.* (Hg.) (2014) 395–402.
- Scheidhacker, M., Pröttel, M., Rösner, D.* (2014): Psychotherapeutisches Reiten als innovative Behandlungsmethode für geistig behinderte Menschen mit psychischer Erkrankung. In: *Schanze, C.* (Hg.) (2014) 356-359.
- Schmidt, H., Meir, S.* (2014): Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In: *Schanze, C.* (Hg.) (2014) 30–33.
- Schützwahl, M., Koch, A., Koslowski, N., Puschner, B., Voss, E., Salize, H. J., ... & Vogel, A.* (2016): Mental illness, problem behaviour, needs and service use in

- adults with intellectual disability. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(5), 767-776.
- Schützwohl, M., Sappok, T. (2020): Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. *Der Nervenarzt*, 1-11.
- Seidel, M. (2010). Psychische Störungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung—eine Einführung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 4(01), 9-24.
- Seidel, M. (2014): Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland: Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht. In: Schanze, C. (2014) 6–17.
- Sieper J., Orth I., Petzold H.G. (2010): Warum die „Sorge um Integrität“ uns wichtig ist in der Integrativen Therapie – Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2010): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie*. Krammer-Verlag, Wien. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/sieper-j-orth-i-petzold-h-g-2010-sorge-um-integritaet/>
- Sieper, J. (2011): Integrative Therapie als »Life Span Developmental Therapy« und »klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit«. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 05/2011. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/05-2011-sieper-johanna-integrative-therapie-als-life-span-developmental-therapy-und-klinische/>
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hg.): *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold*. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011): „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie und Supervision - seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen. *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung* - 04/2011 (Neueinstellung von Polyloge 10/2002). https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_sieper-petzold-komplexes_lernen_in_der_integrativen_therapie_und_supervision-supervision-04-2011.pdf
- Stefan, R., Petzold, H.G. (2019): Möglichkeitsräume und Zukunftsentwürfe in den kognitiven Neurowissenschaften – Gesichtspunkte der Integrativen Therapie. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 30/2019. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/30-2019-petzold-h-g-stefan-r-2019-moeglichkeitsraeume-und-zukunftsentwuerfe-in-den-kognitiven-neurowissenschaften-gesichtspunkte-der-integrativen-therapie/>
- Venzin, S., Mathias Wiedemann, U. (2020): Eine theoretische Herleitung für die Arbeit mit kreativen Medien in der Integrativen Therapie. In: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* Jg. 2020.
- Vereenooghe, L., Langdon, P. E. (2013): Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 4085-4102.

Whitaker, S., Read, S. (2006): The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: An analysis of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(4), 330-345.

Willner, P. (2005): The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 73-85.