



Luppen • Stavemann

# KVT in der Neuropsychologie

**BELTZ**

Luppen • Stavemann

**KVT in der Neuropsychologie**



Angela Luppen • Harlich H. Stavemann

# KVT in der Neuropsychologie

| Unter Mitarbeit von Jutta Hunke und Anja Schneider-Kleine

**BELTZ**

*Anschrift der Autoren:*

Angela Luppen, Dipl.-Psych.  
Praxis für Neuropsychologie und Kognitive Verhaltenstherapie  
Badehaus I  
Herforder Straße 45  
32545 Bad Oeynhausen  
E-Mail: info@praxis-luppen.de

Dr. Harlich H. Stavemann, Dipl.-Psych.  
Institut für Integrative Verhaltenstherapie e. V.  
Osterkamp 58  
22043 Hamburg  
E-Mail: stavemann@i-v-t.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich  
(ISBN 978-3-621-28087-7).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage 2013

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Andrea Schrameyer  
Herstellung: Sonja Frank  
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal  
Umschlagbild: veer/5 472 076  
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28123-2

# Inhaltsübersicht

Vorwort	9
<b>1</b> Einführung	11
<b>2</b> KVT in neurologischen Rehabilitationskliniken: Einzeltherapie	25
<b>3</b> KVT in neurologischen Rehabilitationskliniken: Gruppentherapie	53
<b>4</b> KVT in der ambulanten neuropsychologischen Therapie	103
<b>5</b> KVT mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen der schulischen und beruflichen Rehabilitation	133
<b>6</b> KVT in der Angehörigenberatung neurologischer Patienten	163
Literatur	195
Sachwortverzeichnis	198



# Inhalt

<b>Vorwort</b>	9
<b>1 Einführung</b>	11
1.1 Neuropsychologie und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	11
1.2 Arbeitsbereiche für neuropsychologische Therapie	12
1.3 Indikation und Kostenträger für neuropsychologische Therapie	14
1.4 Therapieziele	16
1.5 KVT-Basisvariablen	19
<b>2 KVT in neurologischen Rehabilitationskliniken: Einzeltherapie</b>	25
2.1 Aufnahme, Erstgespräch, Diagnostik	25
2.2 Therapeutisches Vorgehen und Strategien	26
2.2.1 Der Schlaganfall-Patient	26
2.2.2 Der Schädel-Hirn-Traumapatient	36
2.2.3 Der Patient mit chronisch progredienter Erkrankung	44
2.2.4 Der Patient mit eingeschränkter Lebenserwartung	46
2.3 Typische Probleme und Widerstände	50
<b>3 KVT in neurologischen Rehabilitationskliniken: Gruppentherapie</b>	53
3.1 Vorgehen und Strategien in der Gruppentherapie	53
3.2 Die erste Gruppensitzung	55
3.3 Thema: Einführung in das kognitive Modell der Emotions- entstehung und -modifikation	56
3.4 Thema: Selbstwertkonzepte	63
3.5 Thema: Lebensziele und Lebenszielplanung	79
3.6 Resümee aus der SHT-Gruppentherapie	80
3.7 Typische Probleme und Widerstände in der Gruppentherapie	81
<b>4 KVT in der ambulanten neuropsychologischen Therapie</b>	103
4.1 KVT in der Diagnostikphase und der restitutiven Therapie	103
4.2 KVT in der kompensatorischen Therapie	105
4.3 KVT in der integrativen Therapie	117

<b>5</b>	<b>KVT mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen der schulischen und beruflichen Rehabilitation</b>	133
5.1	Ziele der Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen	133
5.2	Therapeutische Aufgabenbereiche und Erstgespräch	135
5.3	Allgemeines therapeutisches Vorgehen	137
5.4	Elternberatung	152
5.5	Optimierung des schulischen (und beruflichen) Umfelds	158
<b>6</b>	<b>KVT in der Angehörigenberatung neurologischer Patienten</b>	163
6.1	Aufklärung über die Folgen der Erkrankung	164
6.2	Erwartungen an den Patienten	168
6.3	Umgang mit kognitiven Defiziten	171
6.4	»Wie viel Hilfestellung braucht mein Angehöriger?«	173
6.5	Umgang mit veränderten Rollen	180
6.6	»Wie viel Reha braucht der Mensch?«	184
6.7	»Mein Partner zieht sich aus dem Freundeskreis zurück«	186
6.8	»Mein Partner setzt nicht die richtigen Prioritäten«	190
	<b>Literatur</b>	195
	<b>Sachwortverzeichnis</b>	198

# Vorwort

Dieses Buch beschreibt die praktische Anwendung Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) in der neurologischen Rehabilitation. Es wendet sich an Neuropsychologen, die hirnorganische Störungen feststellen und behandeln und die das Ziel verfolgen, psychische Störungen und daraus folgende psychosoziale Beeinträchtigungen und Aktivitätseinschränkungen zu erkennen und zu heilen oder zu lindern. Um den neuropsychologisch tätigen Kollegen die Einsatzmöglichkeiten Kognitiver Verhaltenstherapie in Verbindung mit Neuropsychologie vorzustellen, ist das Buch nach Einsatz- und Arbeitsbereichen gegliedert.

In **neurologischen Rehabilitationskliniken** arbeiten Neuropsychologen mit Patienten, die »aus heiterem Himmel« von schweren neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfällen, Hirnblutungen, Hirntumoren, Entzündungen des Gehirns oder MS betroffen sind oder die sich mit einer im Rahmen eines Unfalls erlittenen Kopfverletzung wie z. B. einem Schädel-Hirn-Trauma konfrontiert sehen. Bei diesen Patienten geht es häufig zunächst darum, durch Funktionstherapie eine Verbesserung von Leistungsstörungen zu erreichen. Hier gelingt es mit dem KVT-Ansatz, Ressentiments gegenüber vermeintlichem »Kindergartenkram« oder »Computerspielen« abzubauen, z. B. indem der Therapeut darauf abzielt, eine ursprünglich leistungsorientierte Selbstwertwertbestimmung von Erfolgs- und Effizienzkriterien zu entkoppeln. Aber auch psychoreaktive Störungen wie z. B. Depressionen und Angsterkrankungen werden in der Klinik mithilfe kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden behandelt.

Einen gewissen Anteil der Patienten in Rehabilitationskliniken machen die »Wiederkehrer« aus. Das sind Patienten, denen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit oder zum Erhalt des wieder erreichten Funktionsniveaus regelmäßige Klinikaufenthalte als »Heilverfahren« ermöglicht werden. Für solche Patienten bietet sich die Arbeit in Gruppen an, wenn es darum geht, die Bewältigung der Krankheitsfolgen und die Steigerung der subjektiven Lebenszufriedenheit zu optimieren. Hierzu wird in Kapitel 3 das Konzept einer über mehrere Jahre im Klinikalltag erprobten »KVT-Gruppe« für Schädel-Hirn-Trauma-Patienten vorgestellt.

**Ambulant tätige Neuropsychologen** sehen sich in der Regel Patienten gegenüber, deren Erkrankungsbeginn mindestens einige Wochen, häufig auch Monate zurückliegt. Häufig realisieren Patienten erst nach ihrer Entlassung aus der Klinik in ihrem gewohnten Umfeld Leistungseinschränkungen und sind dadurch motiviert, Hilfe in ambulanten Praxen zu suchen. So ergeben sich z. T. andere Behandlungsschwerpunkte als in der Rehabilitationsklinik. Die Kompensation von Leistungseinschränkungen durch den Einsatz individueller Stärken, die Vermittlung neuer Strategien und die Neustrukturierung der Umwelt rückt zunehmend in den Fokus der Therapie. Bei vorhandenen psychoreaktiven Störungen steht ein vergleichbarer Zeitrahmen für die

Behandlung wie bei einer »Standard«-Psychotherapie zur Verfügung. Hier ergeben sich ebenfalls Möglichkeiten für den Einsatz KVT-basierter Behandlungsstrategien.

Weiterhin wendet sich dieses Buch auch an Neuropsychologen, die Kinder und Jugendliche im Rahmen der **schulischen und beruflichen Rehabilitation** begleiten. Zu Beginn der Behandlung bzw. des von ambulant tätigen Neuropsychologen häufig geforderten Case-Managements steht in der Regel neben der neuropsychologischen Therapie die Organisation von Schulbesuch, Nachhilfe, Eltern- und Lehrerberatung. Über die Jahre verschiebt sich der Therapieschwerpunkt meist auf die Begrenzung psychoreaktiver Störungen, die oftmals aufgrund häufiger Misserfolgserlebnisse trotz der enormen Anstrengung der Patienten (z. B. bei der Benotung schulischer Leistungen) nahezu unausweichlich erscheinen.

Schließlich beschäftigt sich Kapitel 6 mit der **Angehörigenberatung**, da diese einen wesentlichen Teil des sozialen Alltags ausmachen, in den die Patienten reintegriert werden sollen.

Nach den langjährigen Erfahrungen der Autoren als Neuropsychologen und kognitive Verhaltenstherapeuten sind die Grundhaltungen der Kognitiven Verhaltenstherapie, die Übernahme von Eigenverantwortung, der Mut zur Selbstbestimmung und das Festlegen neuer Lebensinhalte, Lebensziele und moralischer Normen auch oder besonders bei neurologisch erkrankten Patienten heilsam und führen zu langfristig wirksamen Effekten.

Die Autoren bedanken sich herzlich bei den Kolleginnen Frau Dipl.-Psych. Jutta Hunke und Frau Dipl.-Psych. Anja Schneider-Kleine, beide tätig als Klinische Neuropsychologinnen in der neuropsychologischen Abteilung der Klinik am Rosengarten, Bad Oeynhausen, für die Mitbearbeitung der Kapitel 3 und 6.

Bad Oeynhausen und Hamburg, im Frühjahr 2013

*Angela Luppen  
Harlich H. Stavemann*

# 1 Einführung

**Neuropsychologie.** Neuropsychologen befassen sich mit der Diagnostik und der Therapie hirnorganischer Störungen in Folge von Verletzungen und Erkrankungen des Gehirns. Als typische Ursachen kommen in Frage: Schlaganfall/Hirnblutung, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumore, Entzündungen des Gehirns, Multiple Sklerose.

Wenn neurologische Erkrankungen zu Schädigungen des Gehirns führen, bewirken sie regelmäßig dauerhafte körperliche und psychische Funktionsbeeinträchtigungen. Langfristig führen diese Beeinträchtigungen oft zu Einschränkungen im privaten und beruflichen Alltag.

**Hirnschädigungen und psychische Störungen.** Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass erworbene Hirnschädigungen häufig psychische Störungen nach sich ziehen (s. z. B. de Witt et al., 2008; Fann et al., 2004). Klinische Neuropsychologen werden daher in ihrem Alltag oftmals mit affektiven Störungen wie Depressionen und Angst-erkrankungen sowie mit Belastungs- und Anpassungsstörungen konfrontiert. Die Wahrscheinlichkeit, an diesen Störungen zu erkranken, variiert in Abhängigkeit vom Zeitraum nach dem Beginn der neurologischen Erkrankung.

Psychische Störungen führen zu geringeren Funktionsverbesserungen und stärkeren Einschränkungen in Alltagsaktivitäten und in der Selbstständigkeit der Patienten. Sie sind assoziiert mit Einbußen der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität.



Ziel der neuropsychologischen Therapie ist es, psychische Gesundheitsstörungen und die daraus folgenden psychosozialen Beeinträchtigungen zu erkennen und zu heilen oder zu lindern.

## 1.1 Neuropsychologie und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Neuropsychologie und KVT ergänzen sich in hervorragender Weise. Die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) formuliert in ihren Leitlinien (Zeitschrift für Neuropsychologie, 2005), dass die im Rahmen neurologischer Erkrankungen auftretenden affektiv-motivationalen Veränderungen und Persönlichkeitsveränderungen den Verlauf der Rehabilitation erheblich beeinflussen. Als häufig auftretende Beeinträchtigungen werden Antriebsstörungen, Angst, Irritabilität, Aggressivität, euphorische und subeuphorische Stimmungen sowie subklinische und manifeste depressive Störungen benannt. Die Leitlinien empfehlen neben einsichtsorientierten Ansätzen für die Behandlung dieses Problembereichs kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren.

Für die Autoren steht außer Frage, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden und Inhalte bei der Behandlung neuropsychologischer Patienten sinnvoll ein-

gesetzt werden können. Dieses Buch stellt die langjährigen praktischen Erfahrungen mit dieser therapeutischen Methode und neuropsychologischen Patienten zusammen.

**Kognitive Störungen und KVT.** Die Patienten, die bei Neuropsychologen vorstellig werden, leiden in der Regel unter mehr oder weniger ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen, insbesondere in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen (ein Bündel von Funktionen, die für die flexible Verhaltenssteuerung in Abhängigkeit von Prozessen in der Umwelt notwendig sind). Der logische und nachvollziehbare Aufbau kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle macht es möglich, den Therapieverlauf diesen Beeinträchtigungen anzupassen. In angemessenem Tempo und in adäquater Sprache werden für den einzelnen Patienten basale Bausteine der KVT erarbeitet (z. B.: Welche Gefühle kenne ich? Wie entstehen Gefühle? Kann ich meine Gefühle beeinflussen? Was ist ein wertvoller Mensch?). Im Rahmen der Therapie wird immer wieder geprüft, auf welchem »Erkenntnisstand« sich der Patient aktuell befindet, sodass entsprechend Wiederholungen oder Dispute im Therapieprozess eingesetzt werden. Diese Vorgehensweise wird u. a. exemplarisch bei einer »Schädel-Hirn-Trauma-Gruppe« vorgestellt, von der auch kognitiv erheblich eingeschränkte Patienten profitieren konnten.

**Ziele der KVT-Behandlung.** KVT betont in ihrer genuin stoisch-philosophischen Tradition die Übernahme von Eigenverantwortung, den Mut zur Selbstbestimmung und das Festlegen eigener Lebensinhalte, Lebensziele und moralischer Normen (vgl. Epiktet 1984, 2008; Stavemann, 2010a). Dies steht häufig in krassem Gegensatz zu den Alltagserfahrungen der Patienten, die sich oft mit wohlmeinender Bevormundung durch medizinisches Personal, Angehörige und Freunde konfrontiert sehen. KVT ermöglicht es Patienten, ihre Defizite zu akzeptieren und dennoch im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten und unter Berücksichtigung ihrer individuellen (erreichbaren) Ziele ein von subjektiv guter Lebensqualität geprägtes Leben zu führen.

Der KVT-Therapeut lässt den Patienten eigenverantwortlich und selbstbestimmt eigene Wege festlegen und erarbeiten, er »trägt« den Patienten nicht ins Ziel. So lernt der Patient, dass er trotz krankheitsbedingter Defizite aufgefordert bleibt, eigene Entscheidungen zu treffen und diese dann auch selbst zu erarbeiten und zu verantworten. Die eigenverantwortlich getroffenen Entscheidungen steigern die (Therapie-)Motivation in allen Bereichen (z. B. das PC-Training zur Verbesserung der Aufmerksamkeit zu absolvieren, obwohl es vielen wie »Kinderkram« erscheint).

## 1.2 Arbeitsbereiche für neuropsychologische Therapie

Nachfolgend betrachten wir die mögliche Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden in der neuropsychologischen Therapie. Diese Therapie findet an verschiedenen Stellen des Gesundheitssystems statt. Eine große Zahl von Neuropsychologen arbeitet in neurologischen Rehabilitationskliniken, ein zurzeit noch kleiner Teil in ambulanten Praxen.

### **Stationäre oder ambulante neuropsychologische Therapie?**

Grundsätzlich beschäftigen sich beide Gruppen von Neuropsychologen mit denselben Krankheitsbildern bzw. mit den gleichen Patientengruppen. Für die Behandlungsplanung ist der Zeitpunkt entscheidend, zu dem der Patient vorstellig wird.

**Stationäre Therapie.** Zur stationären Rehabilitationsbehandlung wird der Patient häufig wenige Tage bis Wochen nach Diagnosestellung aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt sind er und auch der Neuropsychologe noch nicht in der Lage, die Auswirkungen der Erkrankung auf die Fähigkeit, mittel- und langfristig alltägliche Anforderungen zu bewältigen, verlässlich einzuschätzen. Häufig geht es um eine erste vorsichtige neuropsychologische Diagnostik und Funktionstherapie, um eine psychische Stabilisierung des Patienten und um den Umgang mit der Angst des Patienten vor einer Wiederholung z. B. des Schlaganfalls oder einer Verschlimmerung der Krankheitsfolgen (z. B. bei Multipler Sklerose). Hier ergeben sich andere Fragestellungen und Therapieansätze als im Rahmen einer ambulanten Therapie.

**Ambulante Therapie.** Die ambulante neuropsychologische Therapie findet meist im Anschluss an den Klinikaufenthalt, nach Rückkehr ins häusliche und unter Umständen auch berufliche Umfeld statt.

Über das tatsächliche Ausmaß von körperlichen und neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen und die damit verbundenen Beeinträchtigungen im Alltag und Beruf wird sich der Patient häufig erst einige Wochen oder Monate nach seiner Rückkehr in den »normalen« Alltag klar. Umso wichtiger erscheint zu diesem Zeitpunkt eine professionelle psychotherapeutische Begleitung durch einen klinischen Neuropsychologen. Er unterstützt den Patienten bei der Kompensation von Leistungseinschränkungen durch das Nutzen individueller Stärken, durch die Vermittlung neuer Strategien, durch die Neustrukturierung der Umwelt, durch die Förderung der Krankheitsverarbeitung und durch die Behandlung psychoreaktiver Störungen.

### **Schulische und berufliche Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen**

Kapitel 5 dieses Buches thematisiert den neuropsychologischen Bereich der schulischen und beruflichen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Die Begleitung der schulischen und beruflichen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen erstreckt sich in der Regel über mehrere Jahre und erfordert ein hohes Maß an »Kreativität« bzgl. möglicher Hilfestellungen im Alltag. Hier ist der KVT-Therapeut gefragt, psychoreaktive Störungen zu heilen oder zu lindern.

### **KVT in der Angehörigenberatung neurologischer Patienten**

Den unmittelbaren Bezugspersonen neurologischer bzw. Schädel-Hirn-verletzter Patienten kommt eine erhebliche Bedeutung für die Reintegration der Patienten in den sozialen und beruflichen Alltag zu. Um diese Hilfestellung zu ermöglichen, ist es wichtig, die Angehörigen über die Erkrankung und deren Alltagsfolgen, über die Therapien und über zielführendes und eher zielboykottierendes Angehörigenverhalten zu informieren.

Darüber hinaus zielt die Angehörigenberatung auf eine psychische Stabilisierung der Angehörigen selbst ab. Themenschwerpunkte sind z. B. der Umgang mit Verhaltens- und Wesensänderungen des Patienten und mit veränderten Rollen in der Partnerschaft und der Familie.



Die Gliederung in den jeweiligen Kapiteln orientiert sich am Arbeitsalltag klinischer Neuropsychologen und geht auch anhand von Fallbeispielen auf die dort auftretenden »typischen Fragestellungen« und die häufig zu beobachtenden »Probleme und Widerstände« ein.

### 1.3 Indikation und Kostenträger für neuropsychologische Therapie

#### Rehabilitationskliniken

**Indikation.** Als Indikation für die neurologische Rehabilitation gelten alle rehabilitationspflichtigen Erkrankungen, Verletzungen und vorausgegangenen Operationen des zentralen und peripheren Nervensystems (einschließlich maligner Tumore und Systemerkrankungen), neuromuskuläre Krankheiten und Myopathien.

Die häufigsten Indikationen nach der ICD-Klassifikation (vgl. DIMDI, 2004) sind:

- ▶ zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Zustand nach zerebrovaskulären Insulten und Hirnblutungen (ICD-Nr. 430–438),
- ▶ Zustand nach Schädel-/Hirnverletzungen mit und ohne begleitende Polytraumatisierung (ICD-Nr. 850–854),
- ▶ entzündliche, degenerative, metabolische und toxisch erworbene Erkrankungen des Gehirns (ICD-Nr. 320–326, 330, 348),
- ▶ Zustand nach Tumoroperationen bzw. Tumorbestrahlung des Gehirns und Rückenmarks (ICD-Nr. 11, 12, 18, 225),
- ▶ entzündliche, traumatische und sonstige erworbene Schädigungen von Nervenwurzeln und peripheren Nerven (ICD-Nr. 350–356, 950, 951, 953, 957)

(Quelle: Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V., 2012)

**Kostenträger.** Nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus, z. B. nach Unfall, Operation oder Schlaganfall, besteht die Möglichkeit einer anschließenden stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Kosten hierfür übernimmt bei Rentnern die Krankenkasse, bei berufstätigen Patienten in der Regel die Rentenversicherung. Bei Rentnern spricht man von einer »Anschlussrehabilitation« (AR), bei Berufstätigen von einer Anschlussheilbehandlung (AHB). Die Empfehlung erfolgt durch den behandelnden Arzt im Krankenhaus. Bei der Antragstellung wird der Patient durch den Sozialdienst des Krankenhauses unterstützt.

Es gibt aber auch den Fall, dass ein Patient nach eigener Einschätzung eine Reha-Maßnahme benötigt. In einem solchen Fall stellt der Patient als Berufstätiger zusammen mit dem Hausarzt oder Facharzt einen Antrag auf Rehabilitation bei seinem Rentenversicherungsträger. Rentner stellen den Antrag direkt bei ihrer Krankenkasse, Privatpatienten bei ihrem Versicherungsunternehmen als Leistungsträger.

Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gelten besondere versicherungsrechtliche Grundsätze. Bei Arbeits- und Wegeunfällen ist in der Regel die gesetzliche Unfallversicherung zuständig, in der jeder Arbeitnehmer durch seinen Arbeitgeber pflichtversichert sein muss. Der Unfallversicherungsträger wird tätig, sobald vom Arbeitgeber ein Unfall oder eine Berufskrankheit angezeigt wird oder ein entsprechender Arztbericht eingeht. Ein Antrag der geschädigten Person auf Rehabilitationsleistungen ist deshalb grundsätzlich nicht notwendig. Die Anspruchsvoraussetzungen werden vom Unfallversicherungsträger geprüft. Er kann Zeugen zum Unfall befragen oder ein ärztliches Gutachten einholen. Der Bescheid über die gewährten Rehabilitationsleistungen geht dem Betroffenen schriftlich zu.

### **Ambulante neuropsychologische Therapie**

**Indikation.** Wie bereits ausgeführt behandeln ambulant tätige Kollegen im Grundsatz die gleichen Patientengruppen wie in Rehabilitationskliniken tätige Neuropsychologen.

Für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) gelten laut Bundesministerium für Gesundheit seit dem 23. 02. 2012 folgende Indikationen zur ambulanten neuropsychologischen Therapie gemäß ICD-10 (Bundesanzeiger Nr. 31 2012, S. 747):

- F04 organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt,
- F06.6 organische emotional labile (asthenische) Störung,
- F06.7 leichte kognitive Störung,
- F06.8 sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
- F06.9 nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
- F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

jeweils nach insbesondere im Rahmen eines akuten Ereignisses z. B. Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung).

Die Anwendung der neuropsychologischen Therapie ist dabei nur zulässig bei krankheitswertigen Störungen in den folgenden Hirnleistungsfunktionen (Teilleistungsbereichen):

- (1) Lernen und Gedächtnis,
- (2) höhere Aufmerksamkeitsleistungen,
- (3) Wahrnehmung, räumliche Leistungen,
- (4) Denken, Planen und Handeln,
- (5) psychische Störungen bei organischen Störungen.

**Kostenträger.** Neben den gesetzlichen (s. o.) und privaten Krankenversicherungen kommen als Kostenträger für die ambulante neuropsychologische Behandlung z. B. bei einem Arbeitsunfall oder einem Verkehrsunfall auch die gesetzlichen oder privaten Unfallversicherungen sowie die Haftpflichtversicherungen der Unfallgegner in Frage.

Kostenträger für die neuropsychologische Begleitung der schulischen und beruflichen Rehabilitation Schädel-Hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher sind in der Regel die Unfallkassen (bei Schul- bzw. Schulweg-Unfällen), die gegnerischen Versicherungen bei Haftpflichtschäden oder private Unfallversicherungen sowie die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.

### **Therapeutische Interventionsformen**

Die therapeutischen Interventionsformen (laut »Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie«, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 31 vom 23. 02. 2012) sind im Folgenden aufgeführt.

**Restitutive Therapie.** Hierunter versteht man Maßnahmen mit dem Ziel einer neuronalen Reorganisation, z. B. spezifische und unspezifische Stimulation, Beeinflussung inhibitorischer Prozesse, Aktivierung.

**Kompensatorische Therapie.** Das sind Maßnahmen mit dem Ziel der Anpassung an kognitive Störungen und zum Erlernen von Ersatz- und Bewältigungsstrategien, z. B. das Erlernen neuer Verarbeitungsstrategien oder die Anpassung der eigenen Ansprüche und Erwartungen.

**Integrative Therapie.** Hiermit sind Maßnahmen mit dem Ziel der Verarbeitung und psychosozialen Anpassung und zur Reintegration in das soziale, schulische und berufliche Umfeld gemeint. Hierzu nutzt man z. B. auf lerntheoretischen Grundlagen basierende Programme zum Verhaltensmanagement.

**Arbeit mit Bezugspersonen.** In der G-BA-Richtlinie (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 31 vom 23.02.2012) wird mehrfach die »Einbeziehung von Bezugspersonen« als Option bei der neuropsychologischen Behandlung erwähnt. In Kapitel 6 dieses Buches wird auf die Einsatzmöglichkeiten Kognitiver Verhaltenstherapie bei der Angehörigenberatung eingegangen.

Grundsätzlich wird der Therapeut auch die Möglichkeit prüfen, mit dem Arbeitgeber oder der Schule des Patienten Kontakt aufzunehmen. Hier ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, wie er im Sinne des Patienten Einfluss nehmen kann. Am Arbeitsplatz oder in der Schule hat er zudem häufig die Möglichkeit, durch kleine Veränderungen im Setting spürbare Erleichterungen für den Patienten zu erzielen.

## **1.4 Therapieziele**

Die Zielsetzung der Rehabilitation ist immer die Minimierung von Krankheitsfolgen und somit die Vermeidung von Benachteiligungen durch die Krankheit. Praktisch bedeutet dies die Reintegration der Patienten in den sozialen und beruflichen Alltag.

**In Reha-Kliniken.** Aufgrund der nur wenige Wochen umfassenden Verweildauer der Patienten in der Klinik ist es in der Regel unmöglich, den vollständigen Ablauf ambulanter KVT in seinen acht Phasen zu durchlaufen (genauer: Stavemann, 2008b). Im günstigen Fall können in der stationären Behandlung die therapievorbereitenden Punkte 1 bis 5 bearbeitet und vermittelt werden (s. nachstehenden Kasten »Phasen einer ambulanten KVT«).

Die ersten beiden Punkte dienen dem Verständnis vom Patienten und seinen Problemen sowie der Problemanalyse.

Punkt 3 dient der Prüfung der momentan verfolgten Patientenziele. Viele neurologisch dauerhaft beeinträchtigte Patienten haben aus unterschiedlichen Gründen versäumt oder lehnen es dezidiert ab, ihre alten (Lebens-)Ziele daraufhin zu überprüfen, ob sie unter den gegebenen Umständen noch realitätsnah sind, um sie entsprechend anpassen zu können. Daher wird es in der Therapie immer wieder mithilfe einer Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung (zum Vorgehen s. Stavemann, 2008a) auch um die Überprüfung bzw. Modifikation von Lebenszielen gehen, insbesondere um das Entwickeln einer beruflichen und privaten Lebenssituation, die trotz körperlicher und/oder kognitiver Einschränkungen über längere Zeit »lebar« ist.

Punkt 4 dient dem Aufbau bzw. der Stärkung vom Krankheitsverständnis, insbesondere seinen psychogenen Ursachen und der Stärkung der Veränderungsmotivation.

Letzteres will der Therapeut auch in Punkt 5 erreichen, wenn er prinzipiell in die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderbarkeit emotionaler Konflikte und Beschwerden einführt. Der Patient lernt hier, dass er seinen emotionalen Turbulenzen nicht hilflos ausgeliefert ist, sondern an ihrer Veränderung und ihrem Abbau selbstständig und eigenverantwortlich mitwirken kann.

In der Regel wird der Therapeut es bei dieser generellen Einführung belassen und nicht mit dem eigentlichen therapeutischen Prozess beginnen, um den Patienten nicht kurz darauf »antherapiert« entlassen und auf sich allein gestellt (ver-)lassen zu müssen. Er wird vielmehr den so in seiner Veränderungsbereitschaft gestärkten Patienten zu einer anschließenden ambulanten therapeutischen Weiterbehandlung motivieren.

Schwerpunkte der therapeutischen Zielsetzung in der Klinik bleiben meist die Beratung bzgl. aktueller Fragestellungen (s. Kap. 2) und die Entwicklung von Therapiemotivation für die Zeit nach Entlassung aus der Klinik.

**In ambulanter Therapie.** Im Rahmen ambulanter Therapie ist es sinnvoll, alle acht Phasen kognitiver Verhaltenstherapie laut nachstehender Übersicht zu behandeln.

#### **Phasen einer ambulanten KVT (aus Stavemann, 2010a, S. 23 f.)**

- (1) Erstkontakt:** emotionales Problem herausarbeiten, provisorisch diagnostisch einordnen, Therapiemotivation und Krankheitseinsicht prüfen, organisatorische Fragen klären.
- (2) Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung:** emotionales Problem und seine Symptome explorieren, diagnostische Verfahren, Problemgenese,

Verhaltens- und Problemanalyse mit aufrechterhaltenden Bedingungen, Diagnose, Behandlungsziel festlegen, Behandlungsplan erstellen, Prognose.

- (3) **Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung** (falls problemrelevant): vorhandene Lebensziele herausarbeiten und auf Realitätsbezug, Funktionalität, logische Konsistenz und Widerspruchsfreiheit prüfen, ggf. neu formulieren bzw. Lebensziele aufbauen oder reduzieren.
- (4) **Wissensvermittlung und Aufbau der Krankheitseinsicht bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten** (falls problemrelevant): krankheitsbezogene Informationen vermitteln, z. B. bei psychosomatischen Erkrankungen: Wie funktioniert der Kreislauf? Zusammenhang zwischen seelischen Stress-/hohen Erregungsniveaus und organischen Reaktionen aufzeigen, Zusammenhänge zwischen selbst initiiertem Erregungsanstieg (z. B. durch internen Alarm) und physiologischen Reaktionen (z. B. Herzrasen, Erröten) erklären, dysfunktionale Erklärungen reattribuieren.
- (5) **Vermittlung des kognitiven Modells zur Emotionsentstehung**: Emotionsdefinition vermitteln und das kognitive Modell der Emotionsentstehung und -steuerung (s. Abb. 1.1) sokratisch erarbeiten, das ABC-Modell (s. Tab. 1.1) vermitteln.
- (6) **Rekonstruktion bewusster und unbewusster Denkmuster**: dysfunktionale Denkmuster erläutern, das ABC-Modell zur Identifikation und Rekonstruktion eigener dysfunktionaler Kognitionen anwenden.
- (7) **Disput identifizierter dysfunktionaler und Aufbau neuer, funktionaler Konzepte**: Zielsetzungen erstellen und auf ihre Funktionalität prüfen, alle Teile des Bewertungssystems durch Einsatz von Disputtechniken und Sokratischen Dialogen auf Funktionalität prüfen und funktionale Bewertungs-Alternativen ( $B^{neu}$ ) als Zusammenfassung der erarbeiteten Disputergebnisse erstellen, in das Modell zur Selbstanalyse von Emotionen (SAE-Modell, vgl. Stavemann, 2008b) einführen
- (8) **Training funktionaler Konzepte**: Übungsleitern für die funktionalen  $B^{neu}$  erstellen und Training der  $B^{neu}$ 
  - ▶ auf der inhaltlich-logischen Ebene mit Hilfe von SAE-Modellen,
  - ▶ auf der Vorstellungsebene durch Imaginationsübungen,
  - ▶ auf der Verhaltensebene durch In-vivo-Übungen.

**Psychoedukation und Begleitlektüre.** Nicht nur Patienten, die unter Reizbarkeit und mangelnder Impulskontrolle leiden, sondern auch die, die aufgrund ihrer schädlichen Selbstwertkonzepte mit Angst, Scham und Depression reagieren, sollten darüber informiert sein, wie Gefühle entstehen und wie sie beeinflusst werden können. Da diese Patienten i. d. R. Einschränkungen in ihrer Konzentrations- und Lernfähigkeit aufweisen, sind bei der Psychoedukation schriftliche Unterlagen und patientengerechte Begleitlektüre (z. B. Stavemann 2010b, 2011, 2013) besonders nützlich, damit die Patienten die erarbeiteten Inhalte so oft wie nötig nachlesen und nachbereiten können.

## 1.5 KVT-Basisvariablen

**Die therapeutische Grundhaltung.** Der Kognitive Verhaltenstherapeut zeigt eine neutrale, akzeptierende, nicht-wertende Haltung, um gemeinsam mit dem Patienten die für ihn optimale Lösung zu suchen und zu finden und ihn bei deren anschließenden Umsetzung anzuleiten.

**Problemkategorien.** In der Regel lassen sich emotionale oder psychische Störungen, mit denen Neuropsychologen konfrontiert sind (Depression, Angst, Belastungs- und Anpassungsstörungen) den Problembereichen Selbstwertproblem, existentielles Problem (hierbei ist *nicht* die berufliche Existenz gemeint) oder Problemen wegen Frustrationsintoleranz zuordnen. Häufig liegen Probleme in mehr als einer dieser Kategorien vor (vgl. folgenden Kasten oder ausführlicher Stavemann, 2012).

### Drei Problembereiche (Stavemann, 2008, S. 25f.)

- ▶ Bei **Selbstwertproblemen** beziehen sich die dysfunktionalen Konzepte auf Regeln oder Eigenschaften, die den Zugewinn oder Verlust eigener Wertigkeit bedeuten. Sie sind besonders stark von soziokulturellen Einflüssen, Moralvorstellungen und Erziehungsnormen geprägt. Befürchtungen beziehen sich hierbei stets auf drohenden Selbstwertverlust, weil der dafür auserkorene Maßstab (z. B. Leistung, Anerkennung, Beliebtheit, Besitz) unzureichende Ergebnisse liefern könnte. Symptomatisch hierfür sind sozialphobische und die meisten depressiven Störungsbilder, Burnout-Syndrom und Schamreaktionen.
- ▶ **Existentielle Probleme** beschreiben die Befürchtung oder Erwartung, das eigene Überleben sei bedroht. Sie zeichnen sich meist durch Generalisierung, Fokussierung oder Überzeichnung einer prinzipiell tatsächlich möglichen Gefährdung aus. Typische Beschwerdebilder sind die meisten Phobien (außer Sozialphobie) und Zwangserkrankungen, hypochondrische und etliche somatoforme Störungsbilder.
- ▶ Hinter **Problemen wegen mangelnder Frustrationstoleranz** oder wegen »discomfort anxiety« (vgl. Ellis, 2003) stehen Anspruchshaltungen des Patienten, die fordern, das Leben sollte einfacher sein, es sollte keinen Verlust beinhalten, und eine gute Lösung sollte sämtliche Vorteile aller Alternativen und keine Nachteile enthalten, und bevor diese Lösung nicht gefunden ist, sollte man besser gar nichts tun. Typische emotionale Reaktionen liegen auf den Angst- und Niedergeschlagenheitsdimensionen.

**Das kognitive Modell der Emotionsentstehung.** Der kognitive Verhaltenstherapeut vermittelt das kognitive Modell der Emotionsentstehung implizit mithilfe sokratischer Gesprächsführung (vgl. z. B. Stavemann, 2008, 2010a). Nach diesem Modell lassen sich alle Gefühle den Kategorien Scham, Trauer, Angst, Ärger, Abneigung, Niedergeschlagenheit, Zuneigung, Freude zuordnen. Diese Gefühle sind bis auf »Niedergeschlagenheit« mit einem erhöhten Erregungsniveau und entsprechenden Körperreaktionen

