

Andreas Binder

Der Klientenzentrierte Ansatz in der Neuropsychologie

Zusammenfassung

Es gibt in Deutschland eine grosse Anzahl von Menschen, die an einer angeborenen oder erworbenen Hirnschädigung leiden. Die Behandlung solcher neurologischer Patienten ist das klassische Arbeitsgebiet der Neuropsychologie. Neben der funktionellen Diagnostik und Therapie ist bei den meisten Patienten in der neurologischen Rehabilitation aber auch eine psychotherapeutische Behandlung indiziert, da es in Folge der Hirnschädigung zu häufig beträchtlichen Veränderungen der Lebensgewohnheiten, der sozialen Umwelt und des Selbstkonzepts kommt, die häufig von einem massiven Leidendruck begleitet werden. Leider wird im Rahmen der neurologischen Rehabilitation bis heute die Gesprächspsychotherapie nur wenig beachtet und in ihrer Effektivität häufig unterschätzt. Der vorliegende Artikel zeigt auf, wann ein gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen bei der Behandlung hirnorganisch erkrankter Patienten indiziert ist und wie die psychologischen Veränderungen nach einer neurologischen Erkrankung im Rahmen des Differentiellen Inkongruenzmodells (DIM) klassifiziert werden können. Anhand von drei neuropsychologischen Beeinträchtigungen – Bewusstseinsstörungen, Aphasien und Gedächtnisstörungen – zeigt er Möglichkeiten und Grenzen klientenzentrierten Arbeitens mit dieser Population auf. Er setzt sich mit der Frage der Kompatibilität der nichtwertenden Haltung der Gesprächspsychotherapie und der eindeutig diagnostizierenden und wertenden Haltung der klassischen Neuropsychologie auseinander und stellt schliesslich eine „klientenzentrierte Neuropsychologie“ als Form einer klientenzentrierten multimodalen Psychotherapie dar.



Andreas Binder

Studium der Psychologie, danach zunächst in einem Forschungsprojekt zur Erholung von Aphasien tätig, seit 2000 Tätigkeit in der Abteilung für klinische und Neuropsychologie der HUMAINE Klinik Zihlschlacht

Anschrift des Autors:

Dipl.-Psych. Andreas Binder
Alemannenstraße 1
78315 Radolfzell

Folgen einer Hirnschädigung

Die Deutsche Gesellschaft für neuropsychologische Rehabilitation (DGF-NR) berichtet auf ihrer Homepage (www.dgfnr.com) unter Bezugnahme auf unterschiedliche Quellen, dass in Deutschland etwa 2% der Bevölkerung von einer Hirnschädigung betroffen sind, dies entspricht etwa 1,8 Millionen Menschen. Dabei sind Hirninfarkt/Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumore, entzündliche Erkrankungen, multiple Sklerose, toxische Enzephalopaten und degenerative Hirnerkrankungen die häufigsten diagnostischen Gruppen. Diese Zahlen machen den Bedarf an neurologischer Rehabilitation deutlich.

Neuropsychologische Vereinigungen

Aufgrund dieses grossen Bedarfs haben sich neben der universitären Neu-

ropsychologie, die sich grösstenteils mit Grundlagenforschung beschäftigt, mehrere Vereinigungen von Neuropsychologen gebildet, die an der Diagnostik und Therapie neurologisch erkrankter Menschen arbeiten, zum Beispiel die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) oder die Deutsche Gesellschaft für neuropsychologische Rehabilitation (dgfnr). Die in Deutschland wichtigste Gesellschaft ist vermutlich die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP). Auch wenn sie mit ca. 1400 Mitgliedern im Vergleich zur GwG relativ klein ist, hat sie dennoch im Bereich der Forschung und Ausbildung, aber auch in der Berufspolitik in den letzten Jahren einiges bewegen können. So hat aufgrund einer durch die Gemeinsame Kommission Klinische Neuropsychologie (GKKN) erstellte Expertise der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung für den Anwendungsbereich „hirnorganische Störungen“ (ICD-10, Kapitel V, F0) bescheinigt (Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 1–2, 10. Januar 2000, Ausgabe A,

S. 60–61), aufgrund der Spezifität der neuropsychologischen Therapie jedoch die Anerkennung zur Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten verweigert. Die GNP bietet ausserdem eine curriculare postgraduierte Ausbildung an, die mit der Zertifizierung zum „Klinischen Neuropsychologen (GNP)“ abschliesst. Die Bedeutung der Neuropsychologie wird aber auch dadurch deutlich, dass neuropsychologische Abteilungen von den Leistungsträgern als Qualitätsmerkmal für neurologische Rehabilitation eingefordert werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1995; Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 1996).

Diagnostik und Behandlung

Klinische Neuropsychologen behandeln Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie Störungen des Verhaltens und Erlebens, die durch Hirnverletzungen oder -erkrankungen aufgetreten sind. Die oben aufgeführten Hirnschädigungen können zu einer Vielzahl von Veränderungen in psychologischen Funktionsbereichen führen, u.a. zu:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- Agnosien
- Aphasien
- Apraxien
- Gedächtnis- und Lernstörungen
- Dysexekutiven Störungen
- Reduziertes oder fehlendes Störungsbewusstsein

Die Diagnostik und Behandlung dieser Funktionsstörungen stellt die ursprüngliche Kernaufgabe der Neuropsychologie dar. Sehr rasch wurde in der Entwicklung der neuropsychologischen Behandlungsmethoden aber erkannt, dass die Folgen einer Hirnverletzung nicht „nur“ motorische und kognitive Funktionen betreffen, sondern dass der ganze Mensch als biopsychosoziales Wesen von einer solchen Schädigung betroffen ist. Daher werden in der neuropsychologischen Behandlung neben den kognitiven auch die emotionalen

und psychosozialen Folgen der Erkrankung berücksichtigt (Gauggel, 2003). Es ist also die Aufgabe des Neuropsychologen, mit dem Patienten nicht nur daran zu arbeiten, dass sich gestörte kognitive Funktionen verbessern, sondern auch, ihn durch eine Abfolge von verschiedenen Bewältigungsstadien der Krankheitsverarbeitung zu führen. (Gauggel & Schoof-Tams, 2000). Prigatano (1999) betont, dass es bei der Behandlung dieser Patienten nicht nur darum geht, die Funktionen wieder herzustellen bzw. einzelne Funktionsdefizite zu beseitigen oder zu vermindern, sondern auch um die Entwicklung neuer Lebensziele, um den Umgang mit bleibenden Beeinträchtigungen und Behinderungen und um den Umgang mit der emotionalen Belastung.

Das soziale Umfeld einbeziehen

Dabei ist nicht nur der Patient von diesen Veränderungen betroffen, sondern bei einer umfassenden Behandlung muss das soziale Umfeld – Familie, Freunde, Arbeitskollegen – mit in diesen Prozess einbezogen werden. Gauggel und Schoof-Tams (2000) beschreiben emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Krankheitsbewältigung, Anpassung an die Krankheit und ihre Folgen, den Umgang mit Stress, motivationale Probleme, Störungen der Krankheitseinsicht, die Lebenszufriedenheit, familiäre, schulische und berufliche Probleme sowie Rollenveränderungen und -erwartungen als die Hauptgegenstände der Psychotherapie bei neurologischen Patienten. Ausserdem gibt es eine erhöhte Prävalenz von Depressionen und Angsterkrankungen nach einer neurologischen Erkrankung (Gauggel & Schoof-Tams, 2000). Bei der Behandlung dieser Probleme werden hauptsächlich verhaltenstherapeutisch orientierte Methoden eingesetzt (Gauggel & Schoof-Tams, 2000). Gauggel (2003), der die nicht spezifisch neuropsychologischen Methoden unter dem Begriff „integrierte Verfahren“ aufführt, listet operante Verfahren, kognitive Techniken, Gesprächstechniken, Rollenspiel und Familientherapie auf, wobei die „Gesprächstechniken“ nicht näher definiert werden. Die starke Betonung

verhaltenstherapeutischer Methoden im Rahmen der Neuropsychologie wird auch bei Betrachtung der Fortbildungsveranstaltungen für Neuropsychologen deutlich. So enthielt das Kursprogramm „Herbst 2003“ der Gesellschaft für Neuropsychologie ausschliesslich verhaltenstherapeutisch und kurzzeittherapeutisch ausgerichtete Kursangebote. Gleichzeitig wird aber die Wirksamkeit operanter Methoden bei hirngeschädigten Patienten in Frage gestellt, da diese Patientengruppe schlechter auf diese Programme anspricht, als eine hirngesunde Population (Gauggel, 2003).

Gesprächspsychotherapie und Neuropsychologie

Tatsächlich scheinen sich die Gesprächspsychotherapie und die Neuropsychologie bislang fremd geblieben zu sein. Und dies gilt beidseitig, denn auch bei einer ausführlichen Recherche konnte ich keine Veröffentlichungen finden, die etwas zum Einsatz der Gesprächspsychotherapie in der neurologischen Rehabilitation aussagen. Die einzige Ausnahme macht dabei die Veröffentlichung von Kitwood (2000), der sich aber vor allem mit dem Personenzentrierten Ansatz bei Demenz auseinandersetzt. Diese Veröffentlichung ist insofern für die neurologische Rehabilitation von Belang, als sich der Autor mit der konsequenten Anwendung eines Personenzentrierten Ansatz bei einer Population mit ausgeprägten kognitiven Defiziten auseinandersetzt, wobei sich diese dennoch deutlich von den Patienten einer Einrichtung der neurologischen Rehabilitation unterscheidet, da die Demenz durch Progredienz geprägt ist, während sich bei Patienten der neurologischen Rehabilitation in der Regel eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit einstellt.

Trotz dieser bislang fehlenden theoretischen Verbindung zwischen der Neuropsychologie und der Gesprächspsychotherapie scheint es mir dennoch zahlreiche, bislang aber kaum dokumentierte Verbindungen zu geben, und zwar hauptsächlich in Form von Personen, die mit einer klientenzentrierten

Haltung (und Ausbildung) im Bereich der neuro(psycho)logischen Rehabilitation arbeiten. Dabei erfahre ich im Arbeitsalltag leider immer wieder, dass die Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren im Rahmen der neurologischen Rehabilitation unterbewertet wird. Ich halte diese Einstellung vieler Kollegen für ein Vorurteil, das aus mehreren Gründen besteht:

- Unkenntnis, bzw. nur oberflächliche Kenntnis der Gesprächspsychotherapie
- Fehlende Studien zur Effektivität der Gesprächspsychotherapie bei Patienten nach neurologischer Erkrankung
- Notwendigkeit einer formalen und supervidierten Ausbildung in klientenzentrierter Arbeit

Gerade beim letzten Punkt scheint mir die Verhaltenstherapie hinsichtlich der Attraktivität der Fortbildungsveranstaltungen für Neuropsychologen einen Vorteil zu haben: Die Fortbildungsveranstaltungen erwecken den Anschein, man könne innerhalb des kurzen Zeitraumes einer Wochenendfortbildung auf dem Psychologiestudium aufbauend verhaltenstherapeutische Kompetenzen erwerben, die im Sinne eines vorhandenen Arbeitsinstruments in der klinischen Praxis angewandt werden können. Die vielen Fehlschläge bei der klinischen Umsetzung solcher „Techniken“ ohne die ausreichende theoretische Fundierung und die Supervision im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung machen aber deutlich, dass das so erworbene Wissen und Können häufig nicht ausreichend ist, um die Komplexität der Problematik „echter Fälle“ zu bearbeiten.

Im Bereich der Gesprächspsychotherapie scheint es von Anfang an schwieriger, Fortbildungen zu diesem Thema in Form von Wochenendkursen anzubieten, wie sie meistens von der Gesellschaft für Neuropsychologie angeboten werden. Zwar ist es möglich, die theoretischen Hintergründe zu erklären und z.B. Wirksamkeitsstudien zu präsentieren, aber es ist offensichtlich aussichtslos, in so kurzer Zeit die Fähigkeit darin vermitteln zu wollen, wie

man klientenzentrierte Gespräche führt. Dies liegt vermutlich daran, dass es sich beim Erlernen der „klientenzentrierten Technik“ nicht so sehr darum handelt, deklaratives Wissen im Sinne von Faktenwissen zu erwerben, sondern dass es um das prozedurale Lernen einer neuen Fertigkeit im Zuhören, im Aufnehmen und in der Rückmeldung des Verstandenen geht, das nur erfolgreich sein kann, wenn die Basisvariablen internalisiert wurden. Es handelt sich also um einen langwierigen Lernprozess, der nicht ohne regelmäßige Supervision und die Arbeit an Bändern über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgen kann.

Indikation für Gesprächspsychotherapie in der Neuropsychologie

In seinen frühen Werken setzte Rogers relativ enge Grenzen für die Indikation klientenzentrierter Arbeit (Rogers, 1972), weitete diese aber immer mehr aus, bis dahingehend, dass er keine Indikationsgrenzen für die klientenzentrierte Therapie zog. Er verzichtete bewusst auf eine diagnostische Vorgehensweise, weil er diese als hinderlich für das therapeutisch einführende Verstehen erlebte. In der klinischen Praxis wird im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit jedoch häufig eine psychologische Diagnose explizit gefordert. Mit diesem Anspruch, der häufig seinen Ursprung ausserhalb der psychologischen Therapien hat – aber auch in der Weiterentwicklung der theoretischen Begründung klientenzentrierten Handelns –, entstanden innerhalb der Gesprächspsychotherapie Ansätze zu Diagnose- und Klassifikationssystemen innerhalb einer klientenzentrierten Theorie.

So klassifiziert z.B. Speierer (1999) psychische Störungen in solche ohne bzw. mit nachrangigem Inkongruenzerleben, solche mit kompensierter Inkongruenz und solche mit dekompenziertem Inkongruenzerleben. Dabei sind Störungen ohne Inkongruenzerleben oder mit kompensierter Inkongruenz ohne persönlichen Krankheitswert negative Indikationskriterien für die Gesprächspsychotherapie (Speierer, 2000).

Weitere negative Indikationskriterien sind dispositionelles Inkongruenzerleben ohne Krankheitseinsicht und Distanzierungsfähigkeit, wie es z.B. beim Delir auftreten kann, negative Motivation für eine Psychotherapie und die fehlende sozialkommunikative Erreichbarkeit des Klienten, d.h. dieser Patient reagiert auf das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot nicht mit einer vertieften Selbstexploration, Selbstverständnis, Selbstwertschätzung etc.

Als positive Indikationskriterien führt er auf:

- Ego-dystones Leiden und Inkongruenzerleben (introspektiv, sozialkommunikativ oder lebensereignisbedingt)
- Positive Motivation zur Psychotherapie
- Sozialkommunikative Erreichbarkeit

Dabei sollte nicht übersehen werden, dass es sich bei diesen Indikationskriterien um Kriterien für Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren bei psychischen Störungen handelt. Für andere Bereiche, wie Beratung, Persönlichkeitsentwicklung, Pädagogik, Unternehmensführung etc., in denen klientenzentriert gearbeitet werden kann, gelten diese Indikationskriterien nicht oder zumindest nicht vollumfänglich.

Es ist offensichtlich, dass viele Patienten einer neurologischen Rehabilitation die geforderten positiven Indikationskriterien für eine Gesprächspsychotherapie erfüllen. Die Arten der in dieser Gruppen häufig auftretenden Inkongruenzen werden wir im nächsten Abschnitt genauer betrachten.

Differentielles Inkongruenzmodell

Speierer (1994, 1995, 2000) hat mit seinem differentiellen Inkongruenzmodell (DIM) und seiner Konzeptualisierung der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung eine Theorieerweiterung innerhalb der Gesprächspsychotherapie geschaffen, die es er

laubt, psychische Störungen innerhalb des Rahmens einer klientenzentrierten Theorie differentialdiagnostisch zu erfassen. So unterscheidet Speierer im Unterschied zu Rogers verschiedene Formen der Inkongruenz, nämlich zum einen Konfliktingkongruenz, die innerhalb von Teilen des Selbstkonzeptes oder aber zwischen dem Selbstkonzept als Ganzem und bestimmten Erfahrungen bestehen kann, zum anderen nichtkonflikthafte Inkongruenz, oder Stressinkongruenz, bei denen das Individuum Erfahrungen ausgesetzt ist, welche selbstunverträglich sind, ohne dass ein Konflikterleben besteht. Jede Form von Inkongruenz kann dabei die Grundlage für unterschiedliche Symptome psychischer Störungen bilden.

Die psychischen Beeinträchtigungen nach einer neurologischen Erkrankung lassen sich häufig als Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) verstehen. In der Terminologie des differentiellen Inkongruenzmodells wären dies Folgen einer lebensereignisbedingten Inkongruenz, die im Verlauf durch die dauerhaften Leistungsbeeinträchtigungen zu nichtkonflikthafter Inkongruenz oder Stressinkongruenz führen können. Diese kann wiederum selbst die Grundlage für unterschiedliche Störungssymptome bilden oder auch dazu führen, dass eine prämorbid vorhandene kompensierte Inkongruenz (sei sie introspektiv, sozialkommunikativ oder lebensereignisbedingt) dekompensiert und auf diesem Wege die Entwicklung einer psychischen Störung begünstigt. Sehr häufig stellt sich nach einer neurologischen Erkrankung auch Inkongruenz zwischen dem Selbstkonzept und den Erfahrungen ein.

Fall:

Herr H. kommt nach einem schweren Verkehrsunfall, bei dem er ein offenes Schädelhirntrauma erlitten hat, nach der akuten Behandlung im Krankenhaus in die Rehabilitation. Es bestehen vor allem kognitive Einschränkungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Gedächtnis. Motorisch bestehen allenfalls minimale Defizite. Es gibt keinerlei Hinweise auf eine prämorbid Psychopathologie.

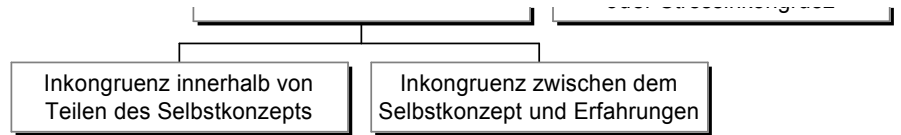


Abb.1: Unterschiedliche Formen der Inkongruenz nach dem differentiellen Inkongruenzmodell (DIM)

Die psychischen Beeinträchtigungen nach einer neurologischen Erkrankung lassen sich häufig als Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) verstehen. In der Terminologie des differentiellen Inkongruenzmodells wären dies Folgen einer lebensereignisbedingten Inkongruenz, die im Verlauf durch die dauerhaften

Abb.1: Unterschiedliche Formen der Inkongruenz nach dem differentiellen Inkongruenzmodell (DIM)

Im Erstgespräch wirkt der Patient leicht angetrieben. Er unterschätzt seine Leistungseinschränkungen massiv und geht davon aus, bis in drei Wochen wieder ganz gesund zu sein, so dass von einem reduzierten Störungsbewusstsein auszugehen ist.

Zu diesem Zeitpunkt besteht kein egodystones Leiden und somit keine Indikation für eine Psychotherapie. Das Angebot einer neuropsychologischen Untersuchung nahm der Patient aber an. Als Versicherungsmitarbeiter weiss er, dass dies eine routinemässige Untersuchung nach einer Hirnverletzung ist. Er geht aber davon aus, unauffällige Testergebnisse zu erzielen.

In den nächsten Tagen kam es zu einer ganzen Reihe von für den Patienten frustrierenden Erlebnissen, in denen er durch kognitive Minderleistungen im Alltag scheiterte. So fiel es ihm schwer, sich die Namen von Therapeuten zu merken, einen Zeitungsartikel zu lesen oder in der Freizeit sich mit Freunden zu unterhalten. Ausserdem zeigten die Ergebnisse der neuropsychologischen Diagnostik ein deutliches kognitives Defizit, das speziell die Bereiche Aufmerksamkeit und Gedächtnis betraf. Durch diese Erlebnisse entstand bei Herrn H. innerhalb weniger Tage ein Leidensdruck, d.h. ein egodystones Leiden und Inkongruenzerleben. Herr H. suchte von sich aus das Gespräch, um von diesen Erlebnissen und den damit verbundenen Frustrationen und Ängsten zu berichten. Es war also auszugehen von

- Inkongruenzerleben (lebensereignisbedingt und introspektiv)
- Konfliktingkongruenz zwischen dem Selbstkonzept und den Erfahrungen

- Patient sucht das Gespräch, ist sozialkommunikativ erreichbar.

Somit erfüllte der Patient zu diesem Zeitpunkt die Indikationskriterien für Psychotherapie.

Anfangs war der therapeutische Prozess stark abwehrgeprägt. Herr H. zweifelte an der Validität der Untersuchungsmethoden, es dominierten kategorische Aussagen wie „das darf aber nicht sein“. Der Patient wurde in seinen Befürchtungen und Ängsten akzeptiert, im Verlauf wurde der Umgang mit seinem Erleben deutlich offener und weniger abwehrend. Das „Thema“ des therapeutischen Prozesses war zu diesem Zeitpunkt die Aktualisierung des Selbstkonzepts auf allen drei Ebenen:

- Organismische Bewertung: ich vertraue den Zeichen meines Körpers (Müdigkeit, Kopfschmerzen) und handle ihnen entsprechend (Pausen, Entspannung)
- Wertintrojekte: Diese wurden bewusst (z.B. „nur wer etwas [von wirtschaftlichem Wert] leistet, ist ein wertvoller Mensch) und wurden kritisch hinterfragt und teilweise revidiert.
- Lebenserfahrungs- und Gestaltungsstrukturen: In dieser Phase war hier die geringste Dynamik. „Ich habe schon öfters Krisensituationen durchstanden. Mein Ziel ist es, weiterhin zu arbeiten. Dafür setze ich mich ein.“

Nach Ablauf der Kostengutsprache wurde der Patient arbeitsunfähig mit neuropsychologischer und psychotherapeutischer Anbindung nach Hause entlassen. Nach sechs Monaten kam es zu einem Wiederholungsaufenthalt, mit dem Ziel

der Evaluation von Möglichkeiten einer beruflichen Reintegration des Patienten. Die Situation des Patienten stellte sich zu diesem Zeitpunkt folgendermassen dar: Herr H. war weiterhin arbeitsunfähig. Die kognitive Leistungsfähigkeit war etwa gleich wie bei Austritt. Der Patient wirkte deutlich resignierter als bei der Entlassung.

Es erfolgte eine Wiederaufnahme der psychotherapeutischen Gespräche. Das Vertrauen auf die eigenen organismischen Bewertungen ist erhalten geblieben. Im Bereich der Wertintrojekte bestanden Ambivalenzen (einerseits die Einsicht, dass ein Mensch sich nicht nur über Leistung definiert, andererseits dennoch der stark verinnerlichte Wunsch, wieder leisten zu können.) Nachdem sich herauskristallisiert hatte, dass eine berufliche Wiedereingliederung nicht realistisch wäre, verlagerte sich der Schwerpunkt im psychotherapeutischen Prozess auf die Lebenserfahrungs- und Gestaltungsstrukturen, d.h. es ging für den Patienten darum, auf seinen bisherigen Erfahrungen und seiner biographischen Entwicklung eine neue Zukunftsperspektive zu erarbeiten. Hinzu kam die Verarbeitung sozialkommunikativ vermittelter Inkongruenzerlebnisse, die aus Begegnungen mit Familienmitgliedern, Bekannten etc. und deren Reaktionen auf die eingeschränkte Leistungsfähigkeit resultierten. Herr H. verliess die Klinik mit dem Wunsch, sich sein „neues Leben“ aufzubauen. Er trauerte weiterhin um seine berufliche Tätigkeit, sah nach der endgültigen Entscheidung für sich aber die Möglichkeit, sein Leben neu zu gestalten und seinen privaten Interessen mehr Raum zu geben. Auf seinen Wunsch hin wurde die ambulante psychotherapeutische Behandlung fortgeführt.

Möglichkeiten und Grenzen klientenzentrierten Arbeiten in der neurologischen Reha

Es kann bei der Arbeit in einem neurorehabilitativen Setting kaum übersehen werden, dass die unterschiedlichen neurologischen Störungsbilder die Möglichkeiten psychotherapeutischen Arbeitens beeinflussen. So ist z.B. eine psychotherapeutische Situation, in der sich ein Patient mit den Folgen seiner

neuropsychologischen Funktionsstörung auseinandersetzt, eben auch von diesen kognitiven Defiziten mitgeprägt (Lucius-Hoene, 2003). Um die Auswirkungen eines kognitiven Defizits auf die Möglichkeit eines psychotherapeutischen Zugangs einzuschätzen, sind zweifelsohne Fachkenntnisse in beiden Bereichen notwendig. Es scheint mir aber innerhalb der Neuropsychologie eine Tendenz zu geben, die Möglichkeiten psychotherapeutischer Interventionen bei vorliegenden kognitiven Defiziten zu unterschätzen. Ich möchte die Möglichkeiten von Gesprächspsychotherapie anhand einiger exemplarischer neuropsychologischer Funktionsstörungen erörtern. Dabei beziehe ich mich nur auf meine eigene praktische Erfahrung, es sind mir aktuell keine empirischen Arbeiten bekannt, die diese Fragestellungen untersucht haben.

Bewusstseinsstörungen

Eine der Voraussetzungen für Psychotherapie auf Seiten des Klienten ist Kontaktfähigkeit und darüber hinaus die Fähigkeit wahrzunehmen, dass der Therapeut ihn einführend versteht und ohne Bedingungen akzeptiert (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1997). Unter Kontaktfähigkeit ist zu verstehen, dass der Therapeut im Erfahrungsfeld des Patienten eine wahrnehmbare Veränderung hervorruft. Ist bei neurologischen Patienten aufgrund einer starken Bewusstseinsstörung diese Voraussetzung nicht erfüllt, kann ein klientenzentriertes Arbeiten noch nicht stattfinden, sondern es muss bis zu einer Verbesserung des Zustands gewartet werden.

Aphasien

Besonders nach linkshemisphärischen Schädigungen des Gehirns kommt es häufig zu Aphasien oder sprachsystematischen Störungen.

Klassischerweise unterscheidet man mehrere aphasische Standardsyndrome (Poeck, 1989):

- Bei der amnestischen Aphasie ist der Sprachfluss gut erhalten und der Satzbau weitgehend intakt. Es kommt zu semantischen Paraphasien mit geringer semantischer Abweichung vom Zielwort, das Sprachverständnis ist allenfalls leicht gestört; die Kommunikationsfähigkeit gut erhalten.
- Bei der Broca-Aphasie ist der Sprachfluss deutlich verlangsamt und erfolgt nur unter grosser Sprachanstrengung und häufig schlechter Artikulation und gestörter Prosodie. Es kommt zu phonematischen Paraphasien und Agrammatismus. Das Sprachverständnis ist meist nur leicht beeinträchtigt. Die Kommunikationsfähigkeit ist vor allem wegen den expressiven Beeinträchtigungen eingeschränkt.
- Bei der Wernicke-Aphasie kommt es zu vielfältigen phonematischen und semantischen Paraphasien, die z.T. deutlich vom Zielwort abweichen, sowie zu Neologismen. Der Sprachfluss ist gut erhalten, die Sprachproduktion häufig überschüssend. Das Sprachverständnis ist häufig erheblich gestört, was zu einer deutlichen Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit aufgrund der Defizite in den rezeptiven Sprachkompetenzen führt.
- Die globale Aphasie ist die schwerste aphasische Störung, bei der Sprachproduktion und -verständnis gleichermassen stark eingeschränkt sind. Die sprachliche Kommunikation ist nahezu unmöglich, es werden nur Sprachautomatismen und Stereotypen eingesetzt.

Ausserdem gibt es einige Sonderformen der Aphasien, wie die Leitungsaphasien und die transkortikalen Aphasien, die hier nicht näher erläutert werden.

Diese unterschiedlichen Aphasieformen kann man auch unter dem Aspekt der Sprachproduktion unterteilen, und zwar in nichtflüssige Aphasien, bei denen vor allem die Sprachproduktion gestört, das Sprachverständnis aber erhalten ist, in flüssige Aphasien, bei denen das Sprachverständnis bei gleichzeitig erhaltener sprachlicher Flüssigkeit gestört ist, und in globale Aphasien, bei

denen sowohl die expressiven als auch die rezeptiven Sprachkompetenzen gestört sind (z.B. Kolb & Wishaw, 1993, Damasio, 1998).

Natürlich erschwert praktisch jede sprachsystematische Störung den gesprächspsychotherapeutischen Zugang zum Patienten. Es ist aber nicht so, dass das Vorliegen einer Aphasie immer die gesprächspsychotherapeutische Arbeit ausschliesst. Gerade bei Patienten mit leichten bis mittelschweren nichtflüssigen Aphasien, die über ein gut erhaltenes Sprachverständnis verfügen, ist ein klientenzentrierter Zugang häufig möglich. Der Kommunikationsfluss ist zwar meistens etwas verlangsamt, aber es gelingt den Patienten dennoch, sich auszudrücken, und sie nehmen sehr deutlich wahr, ob sie in dem, was sie sagen, sprachlich und inhaltlich verstanden werden, und ob sie Wertschätzung und Empathie erfahren.

Schwieriger ist die Situation bei Patienten mit mehr als leichten flüssigen Aphasien. Ist das Sprachverständnis derart gestört, dass der Therapeut nicht einschätzen kann, welche Teile der Kommunikation der Patient wie versteht, scheint mir die Wahrnehmung der einfühlenden, bedingungslosen Akzeptanz durch den Klienten nicht mehr gewährleistet, und es besteht die Gefahr, dass es durch wiederholte Missverständnisse zu Frustrationen und zu einer Verstärkung der Inkongruenzdynamik kommt. Allerdings sind auch bei solchen Patienten Entwicklungen klientenzentrierter Vorgehensweisen denkbar, die weniger auf verbale Kommunikation angewiesen sind. Anleihen hierzu könnten z.B. der Spieltherapie (Dorfmann, 1997) entnommen werden, allerdings sind mir keine Adaptionen auf eine erwachsene, neurologische beeinträchtigte Population bekannt.

Gedächtnisstörungen

Gegen den Einsatz von Gesprächspsychotherapie zur Behandlung von neurologischen Patienten mit Gedächtnisstörungen wird häufig vorgebracht, dass Gedächtnisstörungen dazu führen,

dass das in der Therapie Gesagte rasch wieder vergessen wird und so nicht wirksam werden kann. Diese Argumentation bleibt jedoch sehr oberflächlich, denn bei dem Lernen, das im Rahmen einer Gesprächspsychotherapie stattfindet, handelt es sich weniger darum, Fakten, die später abgerufen werden können, zu erlernen, sondern viel mehr darum, eine neue Art der nichtwertenden Beziehung zu lernen, ebenso den akzeptierenden Umgang mit sich selbst. Außerdem geht es darum, dass der Patient lernt, wie er die eigenen organismischen Bewertungen wahrnimmt und achtet.

Innerhalb der Neuropsychologie werden unterschiedliche Arten des Gedächtnisses differenziert. Zum einen unterscheidet man hinsichtlich der Dauer der Speicherung grob in ein Kurzzeitgedächtnis und ein Langzeitgedächtnis. Es ist davon auszugehen, dass psychotherapeutisch wirksame Veränderungen das Langzeitgedächtnis mit einschließen. Letzteres lässt sich wiederum in ein explizites oder deklaratives sowie ein implizites oder prozedurales Gedächtnis unterscheiden. Im expliziten oder deklarativen Gedächtnis sind Informationen gespeichert, die bewusst abrufbar und meist verbal reproduzierbar sind. Diese können semantisch sein und ein Faktenwissen über die Welt enthalten („Wie heisst der Präsident der USA?“) oder episodisch und sich auf die persönliche Biographie beziehen („Wer hat Ihnen den ersten Kuss gegeben?“). Im impliziten oder prozeduralen Gedächtnis sind weniger konkrete, abrufbare Fakten gespeichert, sondern vielmehr Handlungswissen, das nicht oder nur schwer verbalisierbar ist (Wie bindet man die Schnürsenkel? Wie interpretiere ich den Gesichtsausdruck meines Gegenübers?). Nach Hirnschädigungen ist eine Beeinträchtigung des expliziten Gedächtnis häufig, während das implizite Gedächtnis trotzdem oft gut erhalten ist, weil es auf anderen Hirnstrukturen basiert.

Wie aber sieht lernen in der Gesprächspsychotherapie aus? Rogers (1997, 2000) beschreibt Therapie als ein Lernen, Gefühle voll, frei und furchtlos zu akzeptieren, und er vermutet dass dieses Lernen in allen erfolgreichen Fäl-

len stattfindet, häufig jedoch auf einer nicht verbalisierten Ebene. Es geht dabei um das Lernen eines anderen Umgangs mit sich selbst und anderen, wobei sich die tiefsten Lernerfahrungen offensichtlich nicht besonders gut in Worte fassen lassen. Rogers erklärt, dass es bei diesem Lernen um Inhalte des Selbst geht, die in Erfahrungen, nicht aber in Symbolen ruhen. Häufig handelt es sich auch um einen Prozess, bei dem es darum geht, Symbole und Bedeutungen in der Welt der Empfindungen miteinander zur Deckung zu bringen. Dabei muss der Klient oft erst einmal die Sprache der Empfindungen und der Emotionen erlernen, bzw. muss zunächst eine falsche Sprache verlernen.

Laut Rogers handelt es sich also um eine Art Lernen, die nicht gelehrt werden kann, weil sein Wesen in der Selbstentdeckung besteht. Es muss in einer erfahrungsorientierten, selbstaneignenden Weise gelernt werden. In den meisten Fällen werden die Lernvorgänge nur teilweise ausgedrückt oder sowohl in Handlungen als auch Worten angezeigt. Es werden tiefe emotionale Zusammenhänge – Ebene der Bedeutung – gelernt, und keine gedanklichen Inhalte. Ein verbaler Ausdruck des Gelernten ist somit möglich, aber nicht notwendig und auch nicht immer zu erwarten.

Der Therapieerfolg selbst hängt mit einer gesteigerten Differenzierung im Wahrnehmungsfeld zusammen. Die Art und Weise, in der der Klient Objekte in seinem Erscheinungsfeld wahrnimmt (seine Gefühle, sein Selbst, andere Personen etc.), erfährt eine Veränderung in Richtung gesteigerter Differenzierung. Aus dem Gesagten wird deutlich, dass es sich bei diesem therapeutisch relevanten Lernen eher um Prozesse des prozeduralen Lernens handelt, das auch nach einer erworbenen Hirnschädigung meistens erhalten ist, und dass aus Defiziten des deklarativen Wissens nicht auf die Unmöglichkeit eines psychotherapeutisch effektiven Lernens geschlossen werden darf.

Die Frage der Bewertung

Die neuropsychologische Therapie kognitiver Funktionsstörungen ist spezifisch, d.h. sie basiert auf einer möglichst genauen psychometrischen Erfassung des kognitiven Leistungsprofils. Dazu werden unterschiedliche Testverfahren eingesetzt, mit deren Hilfe der Patient mit einer Referenzstichprobe verglichen wird, um ein Profil der Leistungsstärken und -schwächen zu erhalten (Lezak, 1995; Spreen & Strauss, 1998). Dieser Vorgang ist zweifelsohne diagnostizierend und bewertend und steht somit im Widerspruch zur klientenzentrierten Grundhaltung, ist aber nichtsdestotrotz Voraussetzung jeder effektiven neuropsychologischen Therapie.

Es sind mehrere Wege möglich, um mit diesem Problem umzugehen: Jeder Patient wird von zwei Therapeuten behandelt. Der eine arbeitet ausschliesslich neuropsychologisch, der andere klientenzentriert. Das hat den Vorteil, dass der klientenzentrierte Therapeut die ganze Zeit über auf Bewertungen verzichten kann. Eine solche Vorgehensweise hat aber mehrere Nachteile: Zum einen bleibt die Trennung zwischen den Gebieten der Neuropsychologie und der Gesprächspsychotherapie bestehen. Es wird einfach eine neue Berufsgruppe – die des Gesprächspsychotherapeuten – in das Setting der neurologischen Rehabilitation eingeführt, aber es entsteht keine Entwicklung zu einer neuropsychologischen Therapie auf klientenzentrierter Grundlage.

Der grössere Verlust scheint mir aber darin zu bestehen, dass es durch eine solche artifizielle Trennung zu einem grossen Verlust an Information und therapeutischer Handlungsmöglichkeit kommt. Denn es ist häufig gerade in der Auseinandersetzung mit defizitären Testergebnissen, in denen der Patient die Inkongruenz am stärksten erlebt, und hier besteht auch die direkteste Möglichkeit der therapeutischen Bearbeitung. So beschreibt auch Lucius-Hoene (2003) die Chance, die psychotherapeutisch relevanten Aspekte der Erfahrungen der Übungssituation zu bearbeiten, wenn hinreichend Raum und Kompetenz für

die Wahrnehmung der psychotherapeutisch relevanten Aspekte der Erfahrung vorhanden sind. Sinnvoll erscheint mir daher eine integrierte Vorgehensweise im Sinne der von Tausch und Tausch (1990) vorgeschlagenen klientenzentrierten multimodalen Psychotherapie.

Klientenzentrierte Neuropsychologie als Form einer klientenzentrierten multimodalen Psychotherapie

Tausch und Tausch (1990) machen deutlich, dass es eine Reihe psychischer Störungen gibt, bei denen es zu einer Effektivitätssteigerung kommt, wenn auf der klientenzentrierten Grundlage die Gesprächspsychotherapie mit anderen Verfahren kombiniert wird. Dabei orientiert sich die Auswahl der ergänzenden Verfahren am Bedürfnis des Patienten, wird explizit mit ihm besprochen und darf nicht im Widerspruch zur klientenzentrierten Grundhaltung stehen. Ergänzende Verfahren sollten gut empirisch validiert sein. Tausch und Tausch (1990) führen unterschiedliche Formen der körperlich-seelischen Entspannung, Verminderung von Alltagsstress durch Ermöglichung anderer Bewertungen und anderer Bewältigungsformen, Verhaltensberatung, Methoden der Verhaltenstherapie, Selbsthilfegruppen und medizinische Behandlung biochemischer Abweichungen des Hirnstoffwechsels als den Kriterien entsprechende Ergänzungsmöglichkeiten an. Die von Tausch und Tausch nicht aufgeführte Neuropsychologie entspricht diesen Kriterien vollständig. Sie ist empirisch gut abgesichert (Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 1–2, 10. Januar 2000, Ausgabe A, S. 60–61), sie erbringt Ergebnisse, die mit einer „reinen“ Gesprächspsychotherapie nicht zu erreichen sind, besonders im Bereich der Behandlung der kognitiven Funktionsstörungen, und sie steht bei entsprechender Anwendung nicht im Widerspruch zur klientenzentrierten Grundhaltung.

Letzterer Punkt bedarf einer genaueren Erklärung. Damit die diagnostischen und therapeutischen Methoden der Neuropsychologie nicht zu einem Kon-

flikt mit der klientenzentrierten Grundhaltung stehen, sind einige Bedingungen zu beachten. Der Patient bleibt die ganze Zeit über Herr der Vorgehensweise. Normalerweise besteht am Anfang einer neuropsychologischen Therapie zunächst Aufklärungsbedarf über die psychologischen Folgen der Erkrankung. Diese Informationsvermittlung kann durch den verordnenden Arzt erfolgen, wird aber in der Praxis meist erst durch den Neuropsychologen durchgeführt. Im Anschluss an diese Aufklärung sollte der Patient die Möglichkeit haben zu entscheiden, ob er sich einer neuropsychologischen Behandlung unterziehen möchte. Entscheidet sich der Patient für die neuropsychologische Therapie, so ist darauf zu achten, dass er während des gesamten diagnostischen Prozesses aufgeklärt wird, warum welche Untersuchungen durchgeführt werden. Dabei sollte die Diagnostik nicht so sehr eine Prüfungssituation sein, in der ein Experte mit für den Patienten nicht nachvollziehbaren Methoden die kognitive Leistungsfähigkeit erfasst und zu einer Beurteilung des Patienten kommt, als vielmehr ein gemeinsames Erkunden eines bislang unbekanntes Terrains, bei der der Neuropsychologe dem Patienten als Person mit Fachwissen hilfreich zur Seite steht. Ähnliches gilt für die neuropsychologische Therapie: Auch hier sollte sich der Therapeut hüten, dem Patienten ein vorgefertigtes Behandlungsregime vorzusetzen, denn ein solches wird für den Patienten sonst schnell zur ungeliebten Pflichtübung, sondern er sollte vielmehr gemeinsam mit dem Patienten auf Grundlage der durchgeführten Diagnostik einen Therapieplan erstellen, bei dem persönliche Vorlieben und Abneigungen des Patienten (z.B. Arbeit am Bildschirm) berücksichtigt werden. Eine so durchgeführte neuropsychologische Therapie kann leicht zu einem gemeinsamen Arbeiten an einem vom Patienten vorgegebenen Ziel werden, und läuft nicht Gefahr, zu einer Behandlung zu werden, bei der der Patient den Interventionen eines Experten hilflos ausgeliefert wird. Und in einer solchen partnerschaftlichen Atmosphäre gelingt es dem Patienten auch leichter, sich mit den Folgen seiner Erkrankung auseinanderzusetzen, seine

Ängste, Hoffnungen und Bedürfnisse im Gespräch zu explorieren, da er nicht befürchten muss, dass diese „gegen ihn“ diagnostisch verwertet werden und zu unangenehmen Konsequenzen führen. Dabei gelten für die Förderung der Selbstöffnung und der Selbstexploration des Patienten auf Seiten des Therapeuten die gleichen Bedingungen, wie sie für die „allgemeine“ Gesprächspsychotherapie festgehalten wurden (z.B. Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1997; Tausch & Tausch, 1990, Sachse, 1999; Rogers, 1997). In einer solchen Atmosphäre kann auch die Besprechung von Testergebnissen zum Anstoss werden, dass der Patient sich und seine Leistungsfähigkeit hinterfragt, überlegt, welche Konsequenzen dies für ihn und seine Lebensführung hat und somit zu einer allmählichen Anpassung des Selbstkonzeptes an die neue Leistungsfähigkeit und Lebenssituation kommt.

Literatur

- Biermann Ratjen, E.-V., Eckert, J. & Schwart, H.-J. (1997). Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (1995). Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation. Frankfurt: Selbst.
- Damasio, H. (1998). Neuroanatomical Correlates of the Aphasias. In: Sarno, M.T. (Ed.) (1998). Acquired Aphasia. Academic Press: San Diego
- Dorfmann, E.D. (1997). Spieltherapie. In: Rogers, C.R. (ed.) (1997). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer
- Gauggel, S. & Schoof-Tams (2000). Psychotherapeutische Interventionen bei Patienten. In: Sturm, W., Herrmann, M. & Wallesch, C.W. Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie. Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, NL.
- Gauggel, S. (2003). Grundlagen und Empirie der Neuropsychologischen Therapie: Neuropsychotherapie oder Hirnjogging? Zeitschrift für Neuropsychologie, 14 (4), 217-246
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (1996). Zur Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirn-Verletzter. Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Sankt Augustin: Selbst.
- Kitwood, T. (2000). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hans-Huber.
- Kolb, B. & Wishaw, I.Q. (1993). Neuropsychologie. Heidelberg: Spektrum
- Lezak, M.D. (1995). Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press.
- Lucius-Hoene, G. (2003). Neurotraining und psychotherapeutische Unterstützung – zwei Seiten der Münze. Zeitschrift für Neuropsychologie, 14 (4), 253-255.
- Prigatano, G.P. (1999) Principles of neuropsychological rehabilitation. New York: Oxford University Press.
- Rogers, C.R. (1972) Die nicht-direktive Beratung. Kindler
- Rogers, C.R. (1997). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer
- Rogers, C.R. (2000). Entwicklung der Persönlichkeit. Klett-Cotta
- Sachse, R. (1999). Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Hogrefe.
- Speierer, G.-W. (1994). Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg: Asanger
- Speierer, G.-W. (Hrsg.) (2000). Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG Verlag
- Speierer, G.W. Psychopathologie nach dem Differentiellen Inkongruenzmodell der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Schmidtchen, S., Speierer, G.W. & Linster, H. (1995). Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 2. Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre. GWG-Verlag: Köln (1995).
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998): A compendium of neuropsychological tests. New York: Oxford University Press.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1990). Gesprächspsychotherapie. Hogrefe.

Atem- und Muskelentspannung von Reinhard Tausch jetzt auch auf CD

Beide Anleitungen zur Atem- und Muskelentspannung sind seit Jahren in vielen Tausend Exemplaren auf Audio-Kassetten im Einsatz, bei Patienten der Psychotherapie, der Medizin, bei Teilnehmern von Stress-Seminaren und bei Personen mit Wunsch nach Minderung von seelischen und körperlichen Belastungen. Der Text ist von Prof. Dr. Reinhard Tausch, der ihn auch besprochen hat. Die Anleitungen zur Atem- und Muskelentspannung sind jetzt auch auf CD erhältlich.

Jede CD enthält eine erklärende Einführung (ca. 30 Minuten) und den Anleitungstext „Tägliche Praxis“ (ca. 25 Minuten). An Hand des CD-Textes können die Benutzer ohne weitere Anleitung oder Vorkenntnisse die Entspannungsübungen durchführen.

Die Atementspannung ist entsprechend der Methode von H. Benson (The relaxation response), die Muskelentspannung ist nach E. Jacobson (Progressive relaxation) gestaltet.

Ausstattung: CD inkl. Labeldruck schwarz, Booklet 2 Seiten und Inlay Farbe, Jewelcase.

Preis: je 8,50 € pro Stück zzgl. Versandkosten.

Bezug: GwG-Verlag
Melatengürtel 125a · 50825 Köln
Telefon (0221) 925908-0
Telefax (0221) 251276
E-Mail: gwg@gwg-ev.org
Internet: <http://www.gwg-ev.org>