

# Verhaltensstörungen, Anpassungsstörungen, Angehörige

## **Figur-Hintergrund-Probleme in der neuropsychologischen Diagnostik**

Carola Hiedl

### Einleitung

Mit der Darstellung eines „Gutachtenfalles“ möchte ich für eine umfassende Beachtung der psychischen Bereiche eines Menschen plädieren, also für eine Neuropsychologie sprechen, die sowohl differenzierte und gründliche Untersuchungsverfahren einsetzt als auch eine klinisch-psychologische Erfassung der Gesamtpersönlichkeit vornimmt.

Eine solche Vorgehensweise sammelt eine große Menge an Beobachtungsdaten. Diese Fülle der zu beobachtenden Phänomene gilt es zu ordnen. Das vorrangige Ordnungsschema ist es, einige Einzeldaten zu wesentlichen zu erklären und die anderen als nebensächliche zu vernachlässigen. In der Sprache der Gestaltpsychologie ist diese Ordnung die Einteilung in Figur und Hintergrund. In der Neuropsychologie gilt häufig unausgesprochen als Leitprinzip, daß die Funktionsstörungen und die Läsion zur Figur gemacht und die Persönlichkeit und biographische Vergangenheit als der Hintergrund gewertet werden.

Es wird also der physischen Realität ein Primat vor der psychischen Erfahrung eingeräumt. Diese Entscheidung wirkt plausibel, kann aber im Einzelfall doch bedenklich und auch recht kompliziert sein. Letzten Endes bleibt meiner Meinung nach die Gewichtung der Beobachtungen eine subjektive Angelegenheit des Neuropsychologen, die noch der weiteren wissenschaftlichen Überprüfung bedarf.

### Patientenbeschreibung

Ich werde über die Begutachtung der damals 45jährigen Frau F. berichten, die in einem fränkischen Dorf alleinstehend als Besitzerin eines Bauernhofes lebt. Das

Gutachten wurde im Auftrag des Sozialgerichts erstellt, da Frau F. gegen die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft klagte. Grund des Rechtsstreits war die Nichtanerkennung eines Grads der Behinderung (GdB) von mindestens 50 % infolge eines Arbeitsunfalls, der sich im Januar 1996, also 6 Jahre vor der Begutachtung, ereignet hatte.

## Der Unfall

Im Januar 1986 rutschte Frau F. bei Melkarbeiten aus und fiel mit dem Hinterkopf auf den Steinboden. Nach kurzer Benommenheit stand sie wieder auf und arbeitete weiter. Da sie zunehmend Kopfschmerzen verspürte, ging sie am Nachmittag zum Arzt, der eine Schädelprellung mit *Commotio cerebri* und eine Prellung der rechten Thoraxseite diagnostizierte.

Seit diesem Unfall klagte Frau F. über Kopfschmerzen und intellektuelle Leistungsminderungen, die sie bei der Führung der Landwirtschaft erheblich behinderten. Sie litt ständig unter Kopfschmerzen und einem Gefühl der Erschöpftheit. Sie fühlte sich nicht mehr in der Lage, ihren landwirtschaftlichen Betrieb zu führen und hatte Hilfskräfte einstellen müssen, die sie durch die Verpachtung von Feldern finanzierte. Zusätzlich litt sie unter dem Gerede der Dorfbewohner, die sie seit dem Unfall für verrückt hielten. Auch ihr Freund hatte sie deswegen verlassen.

## Medizinische Befunde

Drei Monate nach dem Sturz erfolgte die erste kernspintomographische Darstellung des Gehirns. Es fanden sich ein Contusionsherd im linken Schläfenlappen mit Verlust von corticalen Anteilen und ein Encephalitisherd links paraventriculär.

In den folgenden Jahren wurden wegen der anhaltenden Beschwerden der Patientin noch mehrere radiologische Darstellungen angefertigt, die immer ähnliche strukturelle Besonderheiten zeigen. Diese wurden jedoch unterschiedlich interpretiert. Die Auffälligkeit im linken vorderen Bereich wurden von einem Gutachter als hypodense Zone im linken Vorderhorn infolge eines Hirnrindenprellungsherdes im Sinne eines *contre-coup* interpretiert. Es wurde aber auch von einem anderen Gutachter der Verdacht auf eine Arachnoidalzyste bei Vorliegen einer Aplasie des basalen Anteils des linken Temporallappens geäußert. Für den Gutachter schien es ausgeschlossen zu sein, daß ein so leichtes Schädel-Hirn-Trauma einen so ausgedehnten Contusionsherd verursachen konnte. Allerdings schränkte der Gutachter ein, es wäre bei den hartnäckigen Beschwerden durchaus denkbar, daß es auf Grund der veränderten Anatomie bei dem Trauma zu einem umschriebenen Rindenprellungsherd, vielleicht sogar mit traumatischer Subarachnoidalblutung gekommen sein könnte. Ein weiterer Gutachter sah Verdachtsmomente für eine frühkindliche Dysplasie oder Hirnschädigung.

Aus den 1988 durchgeführten kernspintomographischen Aufnahmen wurde diagnostiziert: „. . . links frontale Hypodensität . . . zu deuten als Subarachnoidalzyste . . . außerdem eine paraventrikuläre signalintensive Zone rechts, die ebenfalls als Arachnoidalzyste anzusehen ist. Darüber hinaus altersinadäquate Cortex-Atrophie-Zeichen.“

Ein Neurologe faßt seine Untersuchungsergebnisse folgendermaßen zusammen: „. . . der neurologische Befund war weitgehend regelrecht. Außer einer spurweisen Rechtsbetonung der Eigenreflexe bei seitengleichen Fremdreflexen konnte man nichts feststellen.“ Als neurologisch relevante Vorbelastungen werden erwähnt: Kaiserschnittgeburt; im Alter von vier Jahren gleichzeitig mehrere Infektionskrankheiten.

## Neuropsychologische und psychopathologische Aussagen von Medizinern

„In psychischer Hinsicht wirkte die Patientin angestrengt und überfordert, aber nicht verlangsamt. Antrieb und Stimmung wirkten nicht gestört. Neuropsychologische Störungen fehlten, geklagt wurde über innere Unruhe“ resümiert ein Neurologe seinen Eindruck von Frau F.

Ein Jahr nach dem Unfall absolvierte Frau F. eine neurologische Rehabilitationsbehandlung, in der auch ein neuropsychologischer Befund von Psychologen erhoben wurde, den ich weiter unten referieren werde. Außerdem wird ihr eine chronische Überforderung durch die Pflege mehrerer älterer Verwandter und die Verwaltung zweier Bauernhöfe attestiert.

Die Gesamtbeurteilung lautete: „. . . neuropsychologisch bestätigtes pseudo-neurasthenisches Syndrom mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die Überforderung und die eigenen hohen Leistungsansprüche psychoreaktiv überlagert.“

Einige Monate später wurde Frau F. in einer psychosomatischen Klinik mit Gruppen- und Einzelpsychotherapie behandelt. Im Entlassungsbericht wurde sie als eine aktive und leistungsorientierte Frau beschrieben. Erwähnt wurde auch, daß sie die Erklärung akzeptierte, daß der Unfall als Auslöser für die Kopfschmerzen fungiert hat, die als längst überfällige Erschöpfungsreaktion auf ihre chronische Überforderung ausbrachen.

Allerdings wurde die Behandlung in der psychosomatischen Klinik durch einen Streit unterbrochen, den Frau F. entfacht hatte, nachdem ihr eine Bescheinigung darüber verweigert worden war, daß die Kopfschmerzen vom Unfall verursacht worden seien, so daß sie keine Zahlungen von ihrer Unfallversicherung erreichen konnte. Die Abschlußdiagnosen lauteten: „Psychialgie in Folge einer chronischen

Überforderungssituation sowie Verdacht auf Zustand nach *Commotio cerebri* und Schmerzmittelabusus“.

Nachdem Frau F. schriftlich und telefonisch ihren Ärger über die psychosomatische Behandlung und die o. a. Diagnosen ausgedrückt hatte, kam derselbe Gutachter, der ihr vor einem Jahr das Fehlen neuropsychologischer Störungen attestiert hatte, 1987 in einem weiteren Gutachten zu folgendem Urteil, das er aus einem Untersuchungsgespräch abgeleitet hatte: „In psychischer Hinsicht besteht eine Einbuße an Schwung und Initiative, an Wendigkeit und Planungsvermögen. Die Merk- und Konzentrationsfähigkeit sind in Abhängigkeit von zeitlicher Belastung glaubhaft reduziert. Es besteht eine gewisse Unzufriedenheit in Folge des eingeschränkten Leistungsvermögens, aber kein Hinweis auf depressive Verstimmung. Neuropsychologische Ausfälle bezüglich Sprache, Schrift, Lesen und Rechnen sind nicht auffällig und werden auch nicht berichtet.“

Diese Aussagen wurden wohlgermerkt ohne Angabe jeglicher objektiver Untersuchungsverfahren gemacht! Immerhin korrigierte sich der Gutachter und schlug jetzt rückwirkend einen höheren Behinderungsgrad vor (40 % statt 30 %). Ein weiteres Jahr später - 1988 - äußerte er wiederum Zweifel an seiner vorherigen Einschätzung und schlug eine nochmalige Steigerung des Behinderungsgrades auf 50 % vor.

Im selben Jahr wurde Frau F. noch einmal sechs Wochen lang in einer neurologischen Rehabilitationsklinik stationär behandelt und untersucht. Die von ihr beklagte Lichtempfindlichkeit und Gleichgewichtsstörungen wurden von Augen- und HNO-Ärzten als Unfallfolgen anerkannt. Die neuropsychologischen Untersuchungen erbrachten ebenfalls Störungen, die weiter unten aufgeführt werden. Diese Ergebnisse flossen in den ärztlichen Entlassungsbericht ein, der zu dem abschließenden Vorschlag kommt, einen GdB von 30 % anzunehmen. Hierbei wurden die posttraumatischen Kopfschmerz- und Schwindelzustände, Merkmale des leichten posttraumatischen Hirnsyndroms und erhöhte Lichtempfindlichkeit berücksichtigt.

## Neuropsychologische Befunde

Während der zwei neurologischen Rehabilitationsbehandlungen 1987 und 1988 wurden jeweils neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt. Im ersten Befund aus dem Jahr 1987 wurde ausgeführt, daß die Konzentrations- und Reaktionsgeschwindigkeit im unteren Normbereich bei entsprechender Sorgfalt liegt, daß die Leistungskurve kurzzeitig deutlich abfällt und nicht über zweieinhalb Stunden aufrechterhalten werden kann. Ferner wurde berichtet, daß Frau F. auch eine leicht unterdurchschnittliche Zahlen- und Wörtermerkspanne gezeigt hatte. Die mittelfristige Gedächtnisleistung für Wortmaterial lag sowohl für die aktive Reproduktion als auch für das Wiedererkennen im unteren Normbereich, ebenso für figurales Gedächtnismaterial. Die allgemeinen intellektuellen Leistungen lagen im mittleren bis unteren Normbereich, gemessen am Bildungsstand auf einem zu niedrigen Niveau.

1988 kamen die Psychologen der anderen Klinik zu dem Ergebnis, daß sich massive Leistungsdefizite gezeigt hätten, insbesondere im logischen Denken, Gedächtnis, Konzentration und visueller Merkfähigkeit. Eine Aggravation habe auf Grund der schwergradigen Ausfälle nicht ausgeschlossen werden können.

Beide Befundberichte machen - wie es wohl in vielen neurologischen Kliniken üblich ist - keine Angaben über die eingesetzten Untersuchungsinstrumente, so daß der Leser den hier angeführten Schlußfolgerungen kaum folgen kann.

## Biographische Daten

Aus der Anamnese wurde die enorme emotionale Bedeutung der kognitiven Funktionstüchtigkeit für Frau F. auf dem Hintergrund ihres Lebenslaufes deutlich: Sie ist die einzige Tochter einer bei der Geburt 40jährigen Mutter, die den elterlichen Bauernhof nach dem 2. Weltkrieg führen mußte, weil von ihren drei Brüdern zwei in Stalingrad gefallen waren und einer durch einen Unfall behindert war. Mit der Verantwortung für die Landwirtschaft übernahm die Mutter natürlich auch die Verpflichtung für ihre Eltern und eine verwitwete Schwester. Sie liebte den Vater von Frau F. schon seit Jahren. Er durfte sie aber nicht heiraten, weil er in einigen Kilometern Entfernung ebenfalls einen Hof führte, auf dem seine drei Schwestern wohnten. Die keine fremde Frau aufnehmen wollten.

Die Mutter hätte sich als Erben für den Hof lieber einen Sohn gewünscht. Frau F. wuchs recht selbständig als „Wildfang“ auf. Weil alle Gesunden ständig arbeiteten, wurde sie von der gebrechlichen Oma betreut. In der Schule wehrte sie sich robust gegen die Hänseleien wegen ihrer ledigen Geburt. Nach der Volksschulzeit habe die Mutter sie ohne Vorankündigung in ein von Ordensschwestern geleitetes Internat in die 100 km entfernte Großstadt gebracht. Nach anfänglichem Heimweh habe sie sich sehr wohl gefühlt in der Betreuung der Nonnen und habe zum ersten Mal in ihrem Leben Lerneifer entwickelt. Nach der Mittleren Reife wurde sie ehrgeizig, als sie ihre Möglichkeiten, voran zu kommen, entdeckt hatte. Sie arbeitete in verschiedenen Tätigkeiten, um den Besuch einer Ganztagschule finanzieren zu können, legte das Abitur ab und begann, Pharmazie zu studieren. Sie wollte von dem Makel und der Unsicherheit ihrer Herkunft loskommen, indem sie ein eigenes Haus anschaffen und so viel Geld verdienen wollte, um unabhängig zu leben. In das Dorf wollte sie nie mehr zurückkehren. So finanzierte sie ihr Studium selbst ohne finanzielle Unterstützung von Mutter oder Vater, dessen Schwestern das Vermögen „verjubelten“.

Während der Studienzeit erfuhr Frau F. aus der Tageszeitung, daß ihr Vater gestorben war. Sie überredete die Mutter, an der Beerdigung teilzunehmen, und „schleppte sie stolz hinter dem Sarg her“, um ihre Verbindung zu demonstrieren. Auf Drängen eines befreundeten Juristen beantragte sie dann bei Gericht als uneheliche Tochter einen „Daseinsberechtigungsanspruch“. Dieser berechtigte sie zur Annahme des Testaments, in dem sie als Alleinerbin des väterlichen Hofes eingesetzt worden war.

Von nun an widmete sie sich mit aller Energie dem Ziel, diesen Hof zu übernehmen: sie prozessierte mit den drei Tanten, arbeitete für die Bezahlung der Rechtsanwälte. Schließlich gab sie das Studium auf und bezog ihren eigenen Hof. Immer wieder war sie von dem Motiv beseelt: „Euch zeig ich's schon!“ Sie verkaufte den verfallenen Hof einem Dorfmuseum, baute mit eigenen Händen den ersten Kuhstall, wohnte auf dieser Baustelle, indem sie Jahr für Jahr ein Zimmer nach dem anderen rund um sich herum aufbaute. Dann holte sie die inzwischen pflegebedürftige Mutter zu sich: „Mit 24 Jahren hatte ich Arbeit und Schulden wie ein Staboffizier, während andere in die Disco gingen!“ Sie habe ihre Ziele durchgesetzt, sei allerdings dafür nicht geliebt, sondern respektiert worden.

Nach dem Unfall sei sie völlig aus dieser Bahn geworfen worden, weil sie nicht mehr die Kraft und Konzentrationsfähigkeit zur Aufrechterhaltung ihrer finanziellen und persönlichen Autonomie gehabt habe.

Die biographischen Angaben lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: „Die Persönlichkeitsentwicklung von Frau F. ist durch den Umstand, daß sie unehelich geboren und aufgewachsen ist, stark geprägt worden. Sie hat eine Position der Selbstverteidigung, der offensiven, sozusagen männlich orientierten Selbstbehauptung entwickelt. Ihr Bild von Frauen ist geprägt durch die alleinstehenden, „autonomen“ Frauen auf den beiden elterlichen Höfen, die ihr alle kein Modell für Beziehungsverhalten zu männlichen Partnern boten. Männer erscheinen in der Person des behinderten Onkels und des von seinen Schwestern abhängigen Vaters als schwächlich. Die zweite wichtige Prägung ihres Lebensweges kann aus der tiefen Gebundenheit der Familienverbände an das jeweilige Hoferbe abgeleitet werden. Dem Ziel des eigenen Hofes werden andere persönliche Wünsche z.T. mit enormen Verzichtleistungen untergeordnet. Frau F. hat also ein Selbstbild entwickelt, mit dem sie als starke, mit männlichen Verhaltensweisen durchsetzungsfähige „Guts-herrin“ ihren Platz im Leben erobert hat, wodurch der Makel ihrer unehelichen Geburt überstrahlt werden soll. Die objektive Schwächung ihrer Energien durch die neuropsychologischen Funktionsstörungen haben Frau F. im Zentrum ihres Selbstwertgefühls getroffen, so daß sich eine depressive Anpassungsstörung entwickelt hat.“

## Neuropsychologische Diagnostik

Zur Begutachtung möglicher neuropsychologischer Defizite und ebenfalls möglicher psychisch bedingter Leistungshemmungen wählte ich Testverfahren aus, die neben der intellektuellen Leistungsfähigkeit (IST-70, WMS, LGT-3) besonders konzentrierte und frontallhirngesteuerte Funktionen erfassen sollten (WRG, WDG, ZVT, d2-Test, MCST, FWIT, Büro-Test), sowie Instrumente zur Persönlichkeitsdiagnostik (MMPI-K, FPI-R).

Die (neuro-)psychologische Untersuchung ergab folgendes Bild: Im IST-70 löst Frau F. 3 von 4 Aufgaben zum sprachlichen Denken unterdurchschnittlich, Formanalysen

ebenfalls unterdurchschnittlich, Rechnen durchschnittlich. Damit erzielt sie einen Gesamt-IQ = 70! Bei der WMS lagen alle Ergebnisse außer bei der guten allgemeinen Orientiertheit unter dem Durchschnitt. Der LGS des LGT-3 (mit verzögerten Bedingungen für Hirnorganiker) lag im untersten Bereich bei 24, wobei die beiden Aufgaben zum visuellen Gedächtnis fast im Durchschnitt lagen, die restlichen zum sprachlichen Denken alle weit unter dem Durchschnittsniveau. Am WRG unter der KLENSCH-Bedingung (Ton, Licht und Wahlreaktion) ergaben sich jeweils zunehmend verlangsamte Reaktionen: Bei Ton langsam, bei Licht noch langsamer, bei der Wahlreaktion extrem verlangsamt. Am WDG Hannoveraner Bedingung war Frau F. ebenfalls generell verlangsamt. Ebenso ergab sich im ZVT eine erhebliche Verlangsamung (SW = 81), wobei das Tempo über die vier Blätter konstant war. Auch bei der Bearbeitung des d2-Tests ergab sich ein ähnliches Bild: Sehr langsam (GZ-F = 75) bei guter Sorgfalt. Auffällig bei der Bearbeitung der genannten vier Tests war eine enorm hohe Muskelanspannung, die Frau F. einsetzte: der Tisch wackelte, wenn sie aufs WDG „einschlug“, das Papier der ZVT-Blätter zeigte dicke Furchen. Frau F. wirkte während der gesamten Untersuchung motiviert und angespannt.

Die Aufgabenstellung der Kategorienerkennung im MCST fiel Frau F. leicht, sie perseverierte nur bei einer Kategorie, insgesamt ist die Leistung normgerecht. Im FWIT zeigte sie bei allen Tafeln ein reduziertes Tempo ohne besondere zusätzliche Schwierigkeiten in der Interferenzbedingung. Ebenfalls verlangsamt bearbeitete sie den Büro-Test; bei den drei Aufgaben, die sie in der vorgegebenen Zeit von 30 Minuten bearbeitete, legte sie auch noch fehlerhafte Lösungen vor, so daß ihr Gesamtergebnis von 90 % ihrer entsprechend ausgebildeten Altersgruppe übertroffen wird.

Zusammenfassend imponieren die enorme Verlangsamung, die besondere Schwierigkeit im Umgang mit sprachlichem Denken und die reduzierte Gedächtnisleistung. In der Beobachtung wirkte sie höchst motiviert, eine Simulation oder Aggravation war nicht festzustellen. Auffällig wirkte die überschießende Motorik.

In den Persönlichkeitstests ergab sich folgendes Bild: MMPI und FPI wurden von Frau F. verlässlich ausgefüllt. In beiden Verfahren stellte sie sich als eine Persönlichkeit dar, die von schweren Konflikten getrieben unter Spannung steht, mit sich unzufrieden ist, nach außen gehemmt und unter körperlichen Beschwerden leidend.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse zog ich im Gutachten folgendes Resümee: Die beschriebenen kognitiven Leistungsschwächen konnten objektiviert werden. Da Frau F. diese seit dem Unfall beklagt, muß von einem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen ausgegangen werden. Die möglicherweise vor dem Unfall bestanden corticalen Aplasien scheinen bisher keine Funktionseinschränkungen bewirkt zu haben, so daß also das Unfallgeschehen ursächlich zur Veränderung der Leistungsmöglichkeiten von Frau F. beigetragen hat. Ein Zusammenhang zwischen den corticalen Läsionen und den Funktionseinschränkungen kann mit hoher Sicherheit angenommen werden. Die Einflußgewichte des Unfalls selbst bleiben offen,

gehen aber, wenn man die jetzt deutlich meßbaren Funktionseinschränkungen in Betracht zieht, über das Maß einer rein subjektiven Gewichtung hinaus. Als unmittelbare Folge der feststellbaren kognitiven Leistungseinschränkungen sind die emotionalen Reaktionen von Frau F. anzusehen: Die Persönlichkeit von Frau F. ist durch die Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit zentral erschüttert worden. Frau F. hat darauf depressiv reagiert und noch keine effektiven Bewältigungsstrategien entwickelt.

Als therapeutische Intervention ist in diesem Fall mein Votum im Gutachten anzusehen, mit dem ich den Wunsch von Frau F. voll unterstützen konnte, einen höheren Grad der Behinderung zugesprochen zu bekommen: Gemäß den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1983) müssen die geistigen Leistungsbeeinträchtigungen als Folgen einer „Hirnschädigung mit mittelschweren Leistungsbeeinträchtigungen“ eingestuft werden und damit einem GdB von 50 bis 60 % zugeordnet werden. Die reaktive psychische Entwicklung ist nicht so schwerwiegend in ihren Behinderungsfolgen und kann mit 20 % eingestuft werden, die nicht zusätzlich addiert werden müssen.

## Schlußfolgerungen

Ich habe die Lebens- und Leidensgeschichte der Frau F. dargestellt, um zu zeigen, wie verkürzt diagnostische Aussagen geraten, wenn sie nicht auf dem Hintergrund der Gesamtpersönlichkeit eingeordnet werden. Die dargestellten Befunde aus den Rehabilitationskliniken zeigen diese Begrenzung auf die Darstellung der reinen Testbefunde und werden m. E. Frau F.'s Problematik nicht gerecht (Wurzer, 1992).

Ob nun meine Schlußfolgerungen, die den neuropsychologischen Funktionsstörungen einen eigenständigen Stellenwert im Ensemble der Psyche einräumen, die aber ihre Relevanz auf dem Boden der Persönlichkeit gewinnen, der untersuchten Frau F. gerechter werden als frühere Begutachtungen, sollte jeder Leser auf dem Hintergrund seiner Erfahrungen kritisch bewerten.

Darüber hinaus wollte ich darauf hinweisen, daß wir uns auch mit den neuropsychologischen Testinstrumentarien nicht zu sicher im Besitz der objektiven Wahrheit wähnen sollten. Zur Analogie habe ich deshalb auch die Unsicherheit im medizinischen Feld angeführt, wo sich gezeigt hat, daß die Interpretation der doch als objektiv geltenden Kernspintographie-Bilder große Schwierigkeiten bereitet hat.

Aus heutiger Sicht kann noch ergänzt werden, daß die neuropsychologischen Befunde die Annahmen über die Lokalisation bestimmter kognitiver Funktionen stützen. Frau F. zeigte als Rechtshänderin mit einer linksfrontalen cerebralen Läsion die auffälligsten Störungen im Reaktionstempo und dem sprachlichen Denken.

## Literatur

- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1983). *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz* (S. 572ff.). Bonn: Köllen Druck und Verlags GmbH.
- Wurzer, W. (1992). *Das posttraumatische organische Psychosyndrom. Psychologische Diagnostik, Begutachtung und Behandlung*. Wien: WUV.

# Verhaltenstherapie bei vegetativen Beschwerden

Susanne Jürgensmeyer

## Einführung

Psychische Auffälligkeiten wie beispielsweise depressive Verstimmungen, Angstzustände, Stimmungsschwankungen sowie vegetative Beschwerden sind häufig beschriebene Phänomene bei Patienten nach erworbener Hirnschädigung (z.B. Prigatano, 1987). Insbesondere bei den vegetativen Beschwerden besteht die Problematik, daß als Störungsursache sowohl organische als auch reaktive Faktoren in Frage kommen (Eames, 1990; Skuster, Digre & Corbett, 1992). So sind diese Symptome nach einer Vielzahl neurologischer Erkrankungen zu beobachten, aber auch Ausdruck einer erhöhten psychischen Anspannung in Streß- oder Angstsituationen. Während es für den Bereich der Verhaltensauffälligkeiten und affektiven Störungen nach Hirnschädigung erste Ansätze für den erfolgreichen Einsatz psychotherapeutischer Interventionen gibt (z.B. Becker & Vakil, 1993; Lawson-Kerr, Smith & Beck, 1991), existieren analoge Berichte für den Bereich der vegetativen Symptome derzeit nicht. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob spezifische verhaltenstherapeutische Methoden, die bisher erfolgreich bei anderen Patienten-Gruppen zur Behandlung psychovegetativer Beschwerden eingesetzt wurden, auch bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung die Auftretenswahrscheinlichkeit und/oder Intensität dieser Beschwerden positiv beeinflussen können.

In der vorliegenden Fallbeschreibung wird der Einsatz verschiedener verhaltenstherapeutischer Interventionen am Beispiel eines Patienten mit Posteriorinfarkt exemplarisch verdeutlicht.

## Fallbeschreibung

### *Anamnese*

Herr H. arbeitete bis zum Beginn seiner Erkrankung im Januar 1994 als selbständiger Kaufmann. Er war im Tennis- und Reitsport sehr erfolgreich und ging verschiedenen Hobbys wie beispielsweise der Sammlung von Musikinstrumenten nach. Herr H. war 40 Jahre alt und lebte mit seiner Ehefrau und dem 10jährigen Sohn in einem eigenen Haus, in dem auch das Büro untergebracht war. Am Neujahrstag 1994 kam es bei Herrn H. akut zu einem Verlust der Körperkontrolle sowie zu Koordinations- und Sehstörungen. Er befand sich zu diesem Zeitpunkt auf einer Dienstreise und lies sich hinsichtlich der auftretenden Symptome nicht eingehender untersuchen. Erst eine Woche später suchte Herr H. einen Augenarzt auf, der eine homonyme Hemianopsie nach rechts diagnostizierte und weitere stationäre Unter-

suchungen veranlaßte. Neben der Hemianopsie wurden ausgeprägte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sowie periorale Parästhesien beobachtet. Im CCT zeigte sich links okzipital ein hypodenses Areal. Kernspintomographisch wurde ein Teilinfarkt im Bereich der Arteria cerebri posterior links mit einer Thalamusbeteiligung diagnostiziert. Ätiologisch bestand der Verdacht auf eine Embolie im hinteren Strombahngebiet, die möglicherweise durch die ebenfalls festgestellte unklare Mitralklappenveränderung ausgelöst wurde. Anhand der erhobenen Laborparameter wurden als weitere Diagnosen eine latente Hyperthyreose sowie eine Hämochromatose bei deutlich erhöhten Eisen- und Ferritinwerten gestellt. Zur weiteren neuropsychologischen Rehabilitation wurde Herr H. vier Wochen später in unsere Klinik verlegt.

## *Störungsbilder*

Zu Beginn der Therapie berichtete Herr H. über ausgeprägte vegetative Beschwerden, die sich in Form von Schwindel, Herzrasen, Zittern in den Händen, innerer Unruhe sowie Übelkeit äußerten. Häufig kam es in diesem Zusammenhang zu Befürchtungen einen erneuten Infarkt zu erleiden. Darüber hinaus beklagte er eine extrem erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Lautstärke und Lichtreizen sowie eine deutlich reduzierte Konzentrations- und Belastungsfähigkeit. In den ersten Gesprächen waren die Unruhe und die eingeschränkte Belastbarkeit deutlich zu beobachten. Herr H. nestelte an seinen Händen, bekam rote Flecken im Gesicht und rieb sich nach einiger Zeit permanent die Augen. Zu diesem Zeitpunkt war die Konzentration auf ein bestimmtes Thema nicht mehr möglich.

Die ausführliche neuropsychologische Diagnostik kam hinsichtlich der verschiedenen Funktionsbereiche zu folgenden Ergebnissen:

Im Bereich der peripheren Sehleistungen zeigten sich bis auf reduzierte Binokularfunktionen keine pathologischen Veränderungen. Hinsichtlich der zentralen Sehstörungen konnte eine inkomplette homonyme Hemianopsie rechts bestätigt werden. Darüber hinaus zeigte sich eine Explorations- und Lesestörung. In den Tests zur Erfassung von Aufmerksamkeitsleistungen (z. B. Keller, 1994) wurde eine Verlangsamung der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie eine deutlich erhöhte interne Ablenkbarkeit diagnostiziert. Auch bei der Aufnahme neuer Informationen und beim längerfristigen Behalten wurden unterdurchschnittliche Ergebnisse festgestellt. Bei der Durchführung der Testdiagnostik konnte wiederholt beobachtet werden, daß Herr H. bereits nach kurzer Zeit nicht mehr belastbar war und mit starker Unruhe bis hin zu Panikgefühlen und Orientierungslosigkeit reagierte. Hinweise auf eine Sprach- oder Sprechstörung sowie auf weitere motorische Beeinträchtigungen ergaben sich nicht.

# Therapeutische Interventionen

## *Verhaltensanalyse*

Die Erhebung und Beschreibung der Beschwerden erfolgte auf der kognitiven, der somatisch-physiologischen sowie der Verhaltensebene. Gemeinsam mit den auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen gingen diese Informationen in die Verhaltensanalyse ein (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990).

In der Anamnese gab Herr H. an, daß die vielfältige Symptomatik je nach körperlicher Verfassung zu unterschiedlichen Tageszeiten eingesetzt habe. Während er bei schlechtem Zustand bereits in den frühen Morgenstunden massive Beschwerden beklage, sei es ihm an anderen Tagen möglich, bis zum Nachmittag oder Abend relativ beschwerdefrei verschiedene Aktivitäten auszuführen. Herr H. wurde daraufhin gebeten, ein Protokoll über einen Zeitraum von zwei Wochen zu führen, in das er seine Tätigkeiten sowie die momentane körperliche Verfassung eintragen sollte. Anhand der detaillierten Erfassung der Variabilität der Symptomatik lies sich feststellen, daß zum einen die Situationsanforderungen, zum anderen die Art des Umgangs mit diesen Anforderungen einen wesentlichen Einfluß auf das Auftreten und den Verlauf der Beschwerden nahmen. In Situationen, in denen Herr H. eher geringen Anforderungen ausgesetzt war und sich die Zeit selber einteilen konnte, wie beispielsweise bei kleineren technischen Bastelarbeiten, war es ihm möglich, die Belastbarkeit sowie die Konzentrationsfähigkeit über einen Zeitraum von bis zu zwei Stunden unter Einhaltung kurzer Pausen aufrechtzuerhalten. Demgegenüber setzten die psychovegetativen Beschwerden sowie eine Reduzierung der allgemeinen Belastbarkeit schon nach wenigen Minuten ein, wenn Herr H. komplexen Aufgaben gegenüberstand, bei denen mehrere Informationen behalten und verarbeitet werden mußten, wie dies zum Beispiel bei Rechnungsprüfungen zu beobachten war. In diesen Situationen setzte sich Herr H. zusätzlich unter hohem Leistungsdruck. Kurzfristig konnte er durch die hohe Anstrengungsbereitschaft seine Leistungsfähigkeit erhalten. Dann reagierte er jedoch mit starken Beschwerden, die ihn zwingen, sich oft über mehrere Stunden auszuruhen. Eine weitere Belastung war längere Zeit nicht möglich. Die hohe Leistungsorientierung sowie die extreme Anstrengungsbereitschaft, die sich bei Herrn H. bedingt durch wiederholt erfolgreich bewältigte Herausforderungen lebensgeschichtlich entwickelten, hielten den negativen Teufelskreis von Anspannung und körperlichen Beschwerden zusätzlich aufrecht.

Die Angstgefühle traten zumeist in jenen Situationen auf, in denen Herr H. ähnliche Symptome erlebte wie während des Infarktes. Er hätte dann Angst, alles noch einmal zu erleben bzw. an einem zweiten Infarkt zu sterben. In der Fremdanamnese gab die Ehefrau an, daß ihr Mann dann rascher atmen würde und sie ihn erst durch massives Zureden beruhigen könne. Insbesondere bei einer starken visuellen und/oder akustischen Reizüberflutung würden die Angstgefühle auftreten, was partiell zu Vermeidungsverhalten in Situationen geführt habe, in denen Herr H. einer

Vielzahl von Reizen ausgesetzt sei. Hierzu gehörten insbesondere große Menschenansammlungen und die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Bei den hier dargestellten Angstzuständen handelt es sich um Panikattacken, die durch kognitive Bewertungen verstärkt und aufrechterhalten werden.

Hinweise auf eine prämorbid vorhandene Angststörung ergaben sich nicht. Herr H. betonte sogar, daß er früher Menschen, die ein Verhalten wie sein jetziges gezeigt hätten, verurteilte bzw. nicht hätte ernst nehmen können.

## *Therapieziele und Behandlungsverlauf*

Nach der Explorationsphase wurden gemeinsam mit Herrn H. folgende Behandlungsziele vereinbart:

1. Reduzierung der Panikattacken
2. Reduzierung der erhöhten Anstrengungsbereitschaft zur besseren Stabilisierung der körperlichen und konzentrativen Belastbarkeit
3. Bewältigung der alltagsrelevanten Aufgaben und stufenweiser Aufbau beruflich-alternativer Tätigkeiten.

Zur Erreichung dieser Therapieziele wurden folgende Verfahren gewählt, deren Einsatz nachfolgend beschrieben wird: (1) Informationsvermittlung über das psychophysiologische Modell der Angst (Wittchen et al., 1993a, b) und das psychophysiologische Stressmodell, (2) Einüben des Progressive Muskelentspannungstrainings, (3) Durchführung von Selbstbeobachtungen, (4) Vermittlung von Selbstkontrolltechniken, (5) Durchführung von Tages- und Wochenprotokollen und (6) Abschluß eines Verhaltensvertrages.

Aufgrund des hohen Leidensdrucks des Patienten wurden in einem ersten Therapieschritt schwerpunktmäßig die Panikattacken behandelt. In einer der ersten Sitzungen war eine Panikattacke deutlich zu beobachten. Herr H. hatte sich über das mangelnde Verständnis ihm gegenüber sehr aufgeregt und erlebte in diesem Zustand erste vegetative Symptome, die ihn sofort sehr beunruhigten. Er atmete schneller und tiefer, rieb sich nervös die Finger und wiederholte sich ständig in seinem Redefluß. Es gelang nach einiger Zeit, den Patienten durch beschwichtigendes Zureden und einer Entspannungsphase zu beruhigen. Diese Situation wurde zum Anlaß genommen, gemeinsam mit dem behandelnden Arzt, den Teufelskreis von Anspannung, vegetativen Symptomen, angstbesetzten Gedanken, Hyperventilation sowie verstärkter Anspannung zu erläutern. Wichtig in diesem Zusammenhang war die Information, daß die Symptome keinen erneuten Hirninfarkt auslösen, sondern physiologische Begleiterscheinungen von Angst darstellen, die beeinflussbar sind. Herr H. wurde gebeten, charakteristische Momente zu beobachten, in denen die Angstgefühle verstärkt auftraten. Hier kristallisierten sich jene Situationen heraus, in denen Herr H. einer Vielzahl von Reizen ausgesetzt war, wie beispiels-

weise der Besuch einer Sportveranstaltung oder die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu Hauptverkehrszeiten.

Da aufgrund der Thalamusbeteiligung von einer reduzierten Reizschwelle ausgegangen werden mußte, war die verstärkte Spannungsreaktion auf die Belastung nicht vollständig vermeidbar. Die Aufklärung über den Zusammenhang führte dazu, daß Herr H. die vegetativen Symptome mit der Zeit weniger ängstlich bewertete. Zusätzlich probierte er durch Tragen einer Sonnenbrille und Ohrenstöpsel die einwirkende Reizvielfalt zu begrenzen. Teilweise gelang es ihm in weiteren Schritten, sich aus einer größeren Menschenmenge vorübergehend zurückzuziehen, bis er eine deutliche Reduzierung der Anspannung bemerkte. Im weiteren Therapieverlauf berichtete Herr H. immer wieder von Situationen, die er von vornherein vermieden hätte, da er sich den hohen Anforderungen nicht gewachsen fühlte (z. B. Volksfest, große Sportveranstaltungen). Im Gegensatz zur verhaltenstherapeutischen Angstbehandlung wurde das Vermeidungsverhalten aufgrund der organisch bedingten reduzierten Reizschwelle nicht thematisiert, sondern lediglich auf mögliche soziale Konsequenzen hingewiesen. Ausschlaggebend hierfür waren die Aspekte, daß es sich bei der Angst nicht um eine irreal konditionierte Befürchtung handelte und darüber hinaus keine Verstärkung des Vermeidungsverhaltens erfolgte.

Bei Beendigung der Therapie hatte Herr H. gelernt, die vegetativen Symptome weniger angstvoll zu bewerten und sich durch eine gleichmäßige ruhige Atmung und in einigen Situationen durch Rückzug zu beruhigen.

Ein weiterer Therapieschritt, der zum Teil parallel verfolgt wurde, war die hohe Leistungsorientierung des Patienten. In den Selbstbeobachtungsprotokollen wurde deutlich, daß die Leistungsfähigkeit des Patienten abnahm, wenn er sich unter starken Leistungsdruck setzte. Herr H. war vor seiner Erkrankung überdurchschnittlich engagiert gewesen, hatte 14-16 Stunden gearbeitet und dabei immer höchsten Einsatz gezeigt. Dieses Verhalten war nach wie vor zu beobachten und führte bei Herrn H. zu einem rapiden Verlust der Belastbarkeit und Konzentration. In Situationen, in denen Herr H. beispielsweise an seine alten Arbeitsinhalte anknüpfen wollte, bemerkte er nach kurzer Zeit einen Leistungsabfall in Form eines reduzierten Sehfeldes und mangelnder Konzentration, der von negativen Gedanken begleitet wurde, wie unfähig zu sein und einfache Dinge nicht mehr bewältigen zu können. Nicht selten schlossen sich Befürchtungen um die weitere Zukunft an. Herr H. verstärkte seine Anstrengungen um jedoch nach weiteren Minuten die Aufgabe ganz aufgeben zu müssen.

Analog zu den Panikattacken nahmen die organischen Beeinträchtigungen auch hier eine wesentliche Rolle ein. Die Sehstörungen und die reduzierten kognitiven Fähigkeiten begrenzten die Leistungsfähigkeit. Zusätzlich war zu beobachten, daß die leistungsorientierten Gedanken, die wiederum zu einer erhöhten Anspannung führten, die Belastbarkeit reduzierten. Anhand der Protokolle wurde Herrn H. deutlich, daß es Beschäftigungen gab, in denen er leistungsfähiger war. Hier handelte es sich

um weniger anspruchsvollere Tätigkeiten; aber auch um Aufgaben, in denen er ohne Leistungsanspruch arbeiten konnte (z. B. Basteln an Musikverstärkern).

Zur Reduzierung der erhöhten Anspannung erlernte Herr H. die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen, die er regelmäßig übte und nach einiger Zeit erfolgreich einsetzen konnte. Aufgrund der eingeschränkten konzentrativen Fähigkeiten erwies sich der Einsatz einer zuvor besprochenen Audiokassette als hilfreich. Weiterhin wurden die visuellen Symptome hinsichtlich ihres zeitlichen Auftretens genau analysiert. Herr H. bekam die Aufgabe, täglich für einen festgelegten Zeitraum von einer Stunde bei der Tätigkeit die Symptome zu beobachten und sich beim ersten Auftreten zu entspannen bzw. eine Ruhepause einzulegen. Als schwierig erwies sich jedoch hierbei der Eindruck des Patienten, zu früh aufgeben zu müssen. Oftmals ergaben sich auch unvorhergesehene Tätigkeiten im Büro oder bei der Hausrenovierung, die eine gezielte Beobachtung erschwerten. Obwohl Herr H. den Zusammenhang von Leistungsanspruch, Anstrengung und physiologischen Reaktionen wie den visuellen Reizerscheinungen nachvollziehen konnte, war eine rechtzeitige Umsetzung der Entspannung im Alltag nur selten möglich. Die Ehefrau, die daraufhin stärker in den therapeutischen Prozeß einbezogen wurde, berichtete darüber hinaus von einem stark gereizten Verhalten ihres Mannes in Anspannungssituationen. Insbesondere im Kontakt mit dem 10jährigen Sohn sei ihr Mann oft wie aus heiterem Himmel sehr aggressiv und gereizt. Eine genauere Analyse der Situationen zeigte auch hier die organisch bedingte eingeschränkte Belastbarkeit, verstärkt durch das lebendige Verhalten des Jungen, dem Herr H. nach kurzer Zeit nicht mehr gewachsen war. An dieser Stelle war es wichtig, die Ehefrau über die Auswirkungen der reduzierten Belastbarkeit aufzuklären und ihr sowie dem Sohn das Verhalten ihres Mannes als Überforderungsreaktion zu erläutern. Mit Herrn H. wurde vereinbart, auch im familiären Kontext auf erste Anstrengungssymptome zu achten und sich dann sofort zurückzuziehen und seine Frau und seinen Sohn über die verstärkte Anspannung zu informieren. Zur weiteren Verdeutlichung der Symptome wurden Videoaufzeichnungen von Therapiestunden gemeinsam mit Herrn H. durchgesprochen, um ihn für auffällige Verhaltensweisen wie beispielsweise das Reiben der Augen und nervöses Nesteln der Finger stärker zu sensibilisieren. Erst im späteren Therapieverlauf gelang es Herrn H. diese Symptome rechtzeitig zu bemerken und die Anspannung zu reduzieren bzw. sich zurückzuziehen.

Bezüglich des dritten Therapieziels, der Bewältigung alltagsrelevanter Aufgaben, berichtete die Ehefrau von einer extrem hohen Belastung (Büroaufgabe, Autoverkauf, Hausrenovierung, Pferdeverkauf). Ihr Mann sei nicht mehr in der Lage, sich strukturiert und zielführend mit diesen Anforderungen auseinanderzusetzen. Ein erster Therapieschritt bestand in der genauen Erfassung der zu bewältigenden Aufgaben. Daraufhin wurden einzelne Handlungsschritte formuliert und Prioritäten festgelegt. Herr H. erklärte sich bereit, vorher vereinbarte Tätigkeiten bis zur nächsten Therapiestunde zu erledigen. Bei der Bearbeitung der Bereiche Hausrenovierung und Büroverkauf wurde deutlich, daß Herr H. aufgrund der reduzierten Informationsverarbeitung nicht mehr in der Lage war, verschiedene Informationen zu berücksichtigen. Er war schnell abgelenkt oder verzettelte sich in Teilaspekten, ohne zu

Lösungen zu gelangen. Zur besseren Strukturierung wurde ein Gedächtnisbuch eingeführt, in das Herr H. seine geplanten Aufgaben eintragen konnte. Diese Strukturierungsmöglichkeit erwies sich jedoch langfristig nicht als hilfreich, denn Herr H. verlegte das Buch häufiger. In bezug auf den Büroverkauf kam eine große Verunsicherung hinzu, da Herr H. lange Zeit immer wieder die Hoffnung hegte, doch wieder in geringem Umfang arbeiten zu können. Da sich die Situation finanziell immer mehr zuspitzte, wurde mit Herrn H. ein Verhaltensvertrag abgeschlossen. Er erklärte sich bereit, innerhalb einer festgelegten Zeit alle übrigen Tätigkeiten zurückzustellen und sich um die notwendigen Schritte für den Büroverkauf zu kümmern. Bei erfolgreicher Durchführung sollte ein gemeinsames Essen mit der Familie die Belohnung darstellen. Gelang es ihm nicht, wurde vereinbart, daß ein befreundeter Kaufmann den Verkauf und alle weiteren geschäftlichen Angelegenheiten übernehmen sollte. Anhand des Vertrages, dessen Bedingungen gemeinsam mit Herrn H. überlegt wurden, war es ihm möglich, wichtige Teilschritte einzuhalten und den Verkauf zu ermöglichen. Weiterhin konnte die Renovierung zunehmend abgeschlossen werden. Parallel zu diesen Aufgaben verfolgte Herr H. auch mögliche Perspektiven für alternative Tätigkeiten und Hobbys.

Bei der Verfolgung dieses Therapiezieles zeigten sich die größten Probleme im Therapieverlauf. Aufgrund der mangelnden parallelen Informationsverarbeitung und seiner hohen Anspruchshaltung war Herr H.s Arbeitsstil oftmals wenig strukturiert, zum Teil sogar chaotisch. Häufig entwickelte er neue Ideen, deren Umsetzung er meist sofort begann, ohne sie jedoch zu Ende zu führen. Insbesondere die Renovierung des Hauses bot ein unerschöpfliches Feld für spontane, unbedingt zu erledigende Aufgaben. Die Durchführung der vereinbarten Hausaufgaben wurde dadurch teilweise sehr verzögert. Herr H. wußte um sein unstrukturiertes Vorgehen und den oft stark beeinträchtigenden Konsequenzen für seine Belastbarkeit und auch für seine Familie. Hier erwies es sich als hilfreich, regelmäßig mit der Ehefrau das gemeinsame Vorgehen durchzusprechen und notwendige Aufgaben vorzustrukturieren.

## Therapieergebnis

Die Beziehung zwischen Patient und Therapeutin erwies sich bereits nach kurzer Zeit als sehr tragfähig, da sich Herr H. durch das ihm entgegengebrachte Verständnis für seine reduzierte Belastbarkeit sicherer fühlte. Dies führte auch zu einer erhöhten Motivation, die vorgeschlagenen Therapieschritte auszuprobieren. Über den gesamten Therapieverlauf gesehen, war die Bereitschaft zur Mitarbeit von Herr H. hoch, wenngleich es immer wieder Phasen gab, in denen er, bedingt durch Krankheit oder wichtige aktuelle Aufgaben, weniger Interesse für die Therapie zeigte.

Nach Beendigung der 10monatigen Therapie gelang es Herrn H., das Ausmaß seiner Defizite genauer einzuschätzen und die vegetativen Symptome adäquater zu bewerten. Dies äußerte sich insbesondere in der deutlich reduzierten Anzahl von Panikattacken. Ein angemessener Umgang mit den Folgen der Erkrankung konnte

jedoch in vielen alltäglichen Situationen nicht erreicht werden. In sich schnell entwickelnden Anspannungssituationen konnte Herr H. erste Erschöpfungsanzeichen nicht rechtzeitig wahrnehmen und entsprechend reagieren. Im Hinblick auf die Bewältigung alltagsrelevanter Aufgaben konnten über einen langen Zeitraum hinweg wichtige Teilziele erreicht werden. Beim Aufbau alternativer Tätigkeiten konnte Herr H. durch die Einhaltung regelmäßiger Pausen und einer selbstbestimmten Zeiteinteilung eine Reihe von handwerklichen Aufgaben erfolgreich in seinen Alltag integrieren.

## Fazit

Die hier dargestellte Psychotherapie bei einem Patienten mit Posteriorinfarkt und Thalamusbeteiligung zeigt die Möglichkeiten und Grenzen verhaltenstherapeutischer Interventionen. Deutlich wird, daß für den (Neuro-)Psychologen eine Reihe von Einflußmöglichkeiten existieren. In einem ersten Schritt sollte zunächst nach Faktoren gesucht werden, die die Variabilität der Symptomatik beeinflussen können. Nachfolgend erscheint es sinnvoll, dem Patienten ein Modell über seine Erkrankung und mögliche Kofaktoren zu vermitteln, wie dies auch von Prigatano für die Behandlung von affektiven Störungen nach Hirnschädigung vorgeschlagen wurde. Die nachfolgenden therapeutischen Schritte ergeben sich nach individueller Problemlage, Zielsetzung und Motivation des Patienten.

Anhand der Falldarstellung wird aber auch offensichtlich, in welchem Ausmaß die organischen Ursachen, wie hier die reduzierte Reizschwelle und die eingeschränkte Fähigkeit Informationen parallel zu verarbeiten, dem therapeutischen Vorgehen Grenzen setzen. Für den (Neuro-)Psychologen bedeutet dies zum einen, Erwartungen adäquat zu formulieren bzw. sie gegebenenfalls zu modifizieren, zum anderen sich auf einen, im Vergleich zu anderen Patientengruppen, längeren Behandlungszeitraum einzustellen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch eine u. U. notwendige Modifizierung des therapeutischen Vorgehens. Eine ausführliche Verhaltensanalyse, in der sowohl organische als auch situative Faktoren, Kognitionen, Verhalten und Konsequenzen integriert sind, stellt hierfür eine wichtige Grundlage dar. Abschließend soll noch auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, die Angehörigen von Patienten mit in die Behandlung einzubeziehen. Sie können wichtige Informationen geben und tragen ganz entscheidend mit dazu bei, in welchem Ausmaß therapeutische Schritte und Vereinbarungen auch im Alltag des Patienten relevant werden.

## Literatur

- Becker, M. E. & Vakil, E. (1993). Behavioural psychotherapy of the frontal-lobe-injured patient in an Outpatient setting. *Brain injury*, 7, 515-523.
- Eames, P. (1990). Organic bases of behavior disorders after traumatic brain injury. In R. L. Wood (Hrsg.), *Neurobehavioral Sequelae of Traumatic Brain Injury* (pp. 134-150). New York: Taylor & Francis.

- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Keller, I. & Grömminger, O. (1994). Aufmerksamkeit. In D. v. Cramon, N. Mai & W. Ziegler (Hrsg.), *Neuropsychologische Diagnostik* (S. 65-90). Weinheim: VCH.
- Lawson-Kerr, K., Smith, P. & Beck, D. (1991). Behavioral neuropsychology: Past, present and future direction with organically based affect/mood disorders. *Neuropsychology Review*, 2, 65-107.
- Prigatano, G. P. (1986) Psychotherapy after brain injury. In G.P. Prigatano (Ed.), *Neuropsychological Rehabilitation after brain injury* (pp. 67-95). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Prigatano, G. P. (1987). Personality and psychosocial consequences after brain injury. In M. J. Meier, J.L. Benton & L. Diller (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation* (pp. 355-378). London: Churchill Livingstone.
- Skuster, D. Z., Digre, K. B. & Corbett, J. J. (1992). Neurologic conditions presenting as psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 311-333.
- Wittchen, H. U., Bullinger-Naber, M., Hand, I., Kasper, S., Katschnig, H., Linden, M., Margraf, J., Naber, D. & Pöldinger, W. (1993 a). *Patienten-Seminar-Angst. Wie informiere ich meine Patienten über Angststörungen und ihre Therapie?* Freiburg: Karger.
- Wittchen, H. U., Bullinger-Naber, M., Hand, I., Kasper, S., Katschnig, H., Linden, M., Margraf, J., Naber, D. & Pöldinger, W. (1993 b). *Patienten-Seminar-Angst. Was sie schon immer über Angst wissen wollten*. Freiburg: Karger.

# Familienorientierte neuropsychologische Rehabilitation

Stephan Stolz

## Einführung

Die stationäre neuropsychologische Rehabilitation wird in erster Linie individuumszentriert durchgeführt. In diesem Sinne stehen der Patient und seine Hirnläsion sowie die daraus resultierenden Funktionsstörungen mit entsprechenden Beeinträchtigungen und Handicaps im Fokus aller rehabilitativen Bemühungen. Ein familienorientierter Behandlungsansatz erweitert die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Rehabilitation um therapeutische bzw. präventive Vorgehensweisen bezogen auf die Auswirkungen der durch die Funktionsstörungen entstandenen Beeinträchtigungen und Handicaps auf das familiäre System. Auch die für die Anpassung an die veränderten Ressourcen des Patienten notwendige Krankheitsverarbeitung wechselt somit von der Ebene des Individuums auf die Ebene der Familie. In diesem Zusammenhang kommt der Betrachtung der durch die Hirnschädigung eines Familienmitgliedes veränderten Familiendynamik eine große Bedeutung zu.

Die durch die Hirnschädigung bedingte Situation stellt für die Familie einen Zustand der Krise dar, da eine radikale Herausforderung zur Anpassung an die Realitäten der veränderten Leistungsfähigkeit der betroffenen Person von allen Familienmitgliedern gefordert ist (Rosenthal & Geckler, 1986). Eine frühzeitige Integration der Angehörigen in die rehabilitativen Maßnahmen ist sowohl für den Betroffenen als auch für das tragende familiäre System sehr wichtig, da die Verarbeitung und der Verlauf einer Erkrankung unlösbar miteinander verknüpft sind (Massing, Reich & Sperling, 1992).

Die Integration der Angehörigen erfolgt in stationären Rehabilitationseinrichtungen häufig bei (1) der Erhebung von Fremdanamnese und Fremdexploration, (2) der Vermittlung von Information über die Folgen der Erkrankung und den Einsatz von Hilfsmitteln, (3) der gemeinsamen Planung und Vorbereitung der Entlassung unter Einbeziehung des Lebensumfeldes, (4) der Durchführung von Angehörigengruppen und (5) bei der Integration der Angehörigen als Co-Therapeuten.

Die klinische Erfahrung zeigt, daß es vielfach erst einige Monate nach Eintreten des Ereignisses zu nicht mehr bewältigbaren Belastungen im familiären System kommt. Dies ist in der Regel die Zeit der häuslichen Reintegration, da nun nach Überwinden der akut lebensbedrohenden Situation und den durchgeführten rehabilitativen Maßnahmen im Rahmen von stationären Anschlußheilmaßnahmen realisiert wird, daß die erwarteten Verbesserungen nicht zustande gekommen sind und alle Beteiligten jetzt hautnah und tagtäglich mit den Beeinträchtigungen des Patienten konfrontiert werden. Ausführliche Hinweise über die psychosozialen Folgen

einer erworbenen Hirnschädigung für die Familie finden sich bei Lezak (1988) und Brooks (1991) mit den richtungsweisenden Titeln „*Brain damage is a family affair*“ bzw. „*The head-injured family*“.

Die Hirnschädigung eines Familienmitgliedes mit den daraus resultierenden Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen und Handicaps verändert in vielen Fällen sowohl die Binnenstruktur als auch die Interaktionsmuster einer Familie:

*Strukturelle Veränderungen* ergeben sich häufig aus dem Positionsverlust des Betroffenen innerhalb der Familie, da sich aufgrund notwendiger Umgestaltungen die Rollenstruktur nachhaltig geändert hat. Ist der Betroffene beispielsweise Haupternährer einer Familie gewesen, so resultieren aus eingeschränkter Berufsfähigkeit oder gar Erwerbsunfähigkeit drastisch verringerte finanzielle Ressourcen. Unter Umständen müssen die Zuständigkeiten für Einkommen und Betreuung von Kindern und Haushalt verändert werden. Auch die eingeschränkten sozialen Möglichkeiten des Patienten bedingen eine erhöhte emotionale Belastung innerhalb der Familie. Die Familie ist herausgefordert, eine neue Zielorientierung und Regelstruktur zu finden. Die familiäre Organisation wird durch die vermehrten Anforderungen an Zeit und Energie für die rehabilitativen Maßnahmen zusätzlich zu den krankheitsbedingten Anforderungen schwer belastet. Für einen langfristigen Rehabilitationserfolg ist es jedoch ausschlaggebend, daß die rehabilitativen Maßnahmen in der Familie positiv mitgetragen werden. Fehlverarbeitungen münden häufig in Abhängigkeit und regressiver Verhaltenstendenzen des Patienten, und die Familie trägt ein erhöhtes Risiko auseinanderzubrechen.

Die *Veränderung der familiären Interaktionsmuster* bei Konfrontation mit chronischer Krankheit läßt sich vor allem in den Bereichen Zusammenhalt, Entwicklungsfähigkeit und Kommunikation beschreiben (Wirsching, 1987). Der familiäre Zusammenhalt verstärkt sich durch vermehrte gegenseitige Unterstützung. Die interindividuellen Grenzen nehmen ab, die außerfamiliären Grenzen jedoch zu. Eine zunehmende „Verfilzung“ (Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Mangel an Konfliktlösung) ist oft zu beobachten. Die Entwicklungsfähigkeit ist gekennzeichnet durch den Versuch, das familiäre Gleichgewicht auf prämorbidem Niveau zu erhalten. Die Kommunikation innerhalb der Familie kann durch die Unterdrückung von Konflikten und belastenden Gefühlen im Sinne einer harmonisierenden Konfliktvermeidung geprägt sein. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß diese Verhaltensweisen im Akutstadium des Krankheitsereignisses als ein erster Schritt der Anpassung zu begreifen und als Leistungen zu würdigen sind, die Belastungen zu bewältigen. Eine wesentliche Bedeutung kommt jedoch der weiteren Entwicklung des Familiensystems im Verlauf der Anpassung an die Realität der veränderten Leistungsfähigkeit und/oder veränderten Persönlichkeit des Patienten zu. Dabei scheint es wichtig, daß die Familie in der Lage ist, sich auf einem langfristig funktionalen Niveau einzupendeln, um mit den Herausforderungen zurechtzukommen.

Da aufgrund der Verweildauer der Patienten und der Bedingungen in den in der Regel dezentral liegenden stationären Rehabilitationseinrichtungen häufig die Möglich-

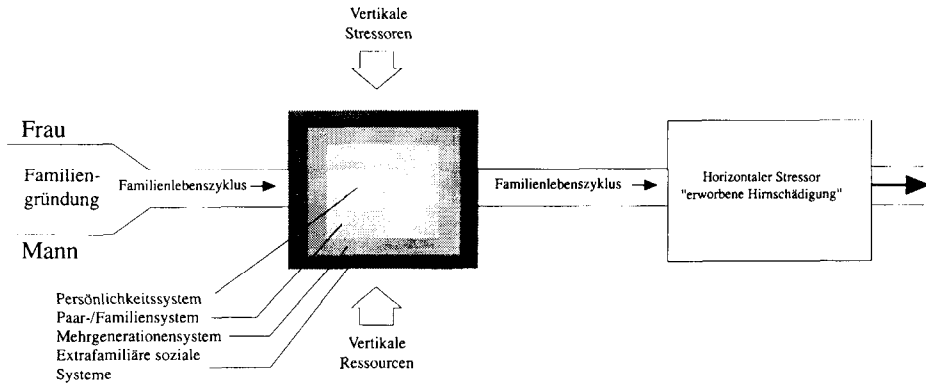


Abbildung 1: Vertikale Stressoren und Ressourcen in Interaktion mit dem horizontalen Stressor „erworbene Hirnschädigung“

keit zu längerfristigen familientherapeutischen Interventionen nicht gegeben ist, sind sekundär präventive Maßnahmen\* angebracht. Diese können in der Neuropsychologischen Rehabilitation folgende Zielrichtungen verfolgen: (1) Vermeidung einer Fehlverarbeitung auf Ebene des Patienten und seiner Familie, (2) Maßnahmen zur realistischen Angleichung der Erwartungsvorstellungen von Patient und Angehörigen, da prognostisch günstig für den Rehabilitationsverlauf (Griebnitz, Ladurner, Lehofer & Pichler, 1991; Fordyce & Roueche, 1986) und (3) Stabilisierung der Angehörigen von Patienten mit erworbener Hirnschädigung, da diese aufgrund der von ihnen zu bewältigenden Anforderungen in den ersten Jahren nach dem Ereignis ein erhöhtes Risiko tragen, eine psychische Störung zu entwickeln (Brooks, Campsie, Symington, Beattie & McKinlay, 1986, 1987; Livingston, Brooks & Bond, 1985).

Diese Folgeerkrankungen von Angehörigen bergen auch das Risiko in sich, daß die häusliche Versorgung des hirngeschädigten Patienten nicht mehr adäquat erfolgen kann.

Für den Rehabilitations- und Anpassungsverlauf selbst ist nicht nur die Charakteristik der Hirnschädigung von entscheidender Bedeutung, sondern auch das zum Zeitpunkt des Eintretens vorherrschende Ausmaß an Stressoren und Ressourcen auf

\* Nach Caplan (1964) differenziert die traditionelle Klassifikation von Präventionsformen im Rahmen paar- bzw. familienzentrierter Maßnahmen die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Primäre Prävention bezieht sich demnach auf Maßnahmen zur Entwicklungsoptimierung für Paare oder Familien, die die Qualität der Beziehungen über das bestehende Maß verbessern sollen (z.B. Konfliktbewältigung, Streßmanagement). Sekundäre Prävention hingegen bezieht sich auf krisenhafte Übergänge im Familienlebenszyklus (normative und nichtnormative horizontale Stressoren), um Bewältigungsstrategien zu vermitteln, damit eine Fehlentwicklung vermieden werden kann (z.B. Übergang zur Erstelternschaft, Scheidungsphase, Coping mit chronischer Krankheit). Tertiäre Prävention versucht darüber hinausgehend den akuten Zustand der Verletzlichkeit zu verringern und im weiteren den Therapieeffekt durch präventive Maßnahmen zu festigen (z.B. Rückfallprophylaxe bei schizophrenen Patienten und deren Familien).

unterschiedlichen Systemebenen und deren Veränderung über die Zeit. Eine Aussage darüber erlaubt eine detaillierte Familiensystemanalyse. Die folgenden Überlegungen fußen auf einem familienpsychologischen Modell, das auf Markman, Floyd, Stanley und Lewis (1986) zurückgeht (zitiert nach Schneewind, 1991) und für den Kontext „erworbene Hirnschädigung“ modifiziert wurde (Abb. 1).

Markman et al. (1986) gehen in ihrem Modell von einem familienstreß- und familienbewältigungstheoretischen Ansatz aus, den sie mit verschiedenen Phasen und Übergängen im Familienlebenszyklus verbinden:

Vertikale Stressoren und Ressourcen beschreiben, wie verletzlich ein Familiensystem bei Konfrontation mit dem horizontalen Stressor „erworbene Hirnschädigung“ ist. Vertikale Stressoren und Ressourcen stammen aus der Entwicklungsgeschichte einer Familie und können auf folgenden unterschiedlichen Systemebenen beschrieben werden: *Persönlichkeitssystem* (z. B. Ausmaß an psychischer und physischer Gesundheit, an sozialer Kompetenz, an Selbstwertgefühl, Ausmaß der bisherigen Krisenbewältigung etc.), *Paar- und Familiensystem* (z.B. Ausmaß an Kommunikations-, Problemlösefertigkeit, Ausmaß an Kohäsion und Anpassungsfähigkeit, Ausmaß der bisherigen Krisenbewältigung etc.), *Mehrgenerationensystem* (z.B. Qualität der Beziehungen zu den Herkunftsfamilien, Wirkungen von Familienmythen etc.) und *extrafamiliäre soziale Systeme* (z. B. Ausprägung der ökonomischen Bedingungen von Familien, des Sozialsystems, des sozialen Netzwerks etc.).

Bei erworbener Hirnschädigung handelt es sich für die Familie um einen sogenannten horizontalen Stressor. Ein horizontaler Stressor ist gekennzeichnet durch ein unvorhergesehenes Auftreten im Verlauf des Familienlebenszyklus, das den Betroffenen und seine Familie völlig aus dem gewohnten Lebenskontext reißt. Das Ausmaß an Streß, das durch die erworbene Hirnschädigung auf die Familie einwirkt, wird zunächst in der Akutphase durch diese allein bestimmt. Im weiteren Rehabilitationsprozeß hingegen spielt das Vorhandensein von vertikalen Stressoren und Ressourcen und deren Balance zum Zeitpunkt des Ereigniseintritts und deren Veränderung über die Zeit die wesentliche Rolle für die langfristige Adaptationsfähigkeit einer Familie. Somit wird verständlich, daß die Konfrontation mit dem horizontalen Stressor „erworbene Hirnschädigung“ bei aller Tragik letztenendes nicht die Verletzlichkeit der Familie allein bestimmt. Überwiegen vertikale Stressoren auf den unterschiedlichen Systemebenen, so ist eine Fehlverarbeitung eher die Folge. Überwiegen hingegen vertikale Ressourcen, so besteht eine günstige Prognose für eine erfolgreiche Anpassung der Familie an die erworbene Hirnschädigung des betroffenen Familienmitgliedes. Eine familienorientierte neuropsychologische Rehabilitation, welche in konsequenter Weise den familiären Lebenskontext des Patienten integriert, erfaßt demnach die präorbide und die durch die erworbene Hirnschädigung des betroffenen Familienmitgliedes veränderte Familienkonstellation durch eine Familiensystemanalyse. Die gemäß dem oben dargestellten Modell bereits präorbid wirksamen Stressoren und Ressourcen müssen genau erfaßt und bewertet werden, da diese unabhängig von den individuumszentrierten rehabilitativen Maßnahmen den weiteren Rehabilitationsverlauf nachhaltig beeinflussen.

Anhand eines Fallbeispiels einer 23-jährigen SHT-Patientin soll im weiteren einerseits das oben skizzierte Modell zur Identifikation prämorbid vorhandener, psychosozial wirksamer Stressoren und Ressourcen konkretisiert werden, und andererseits ein praktikables stationäres familienorientiertes Case-Management vorgestellt werden. Die im weiteren dargestellte Behandlungsstruktur versucht, durch begleitende familien- bzw. paartherapeutische Interventionen mit präventiver Akzentuierung die zugrundeliegende Problematik der Anpassung unter Berücksichtigung der vorhandenen vertikalen Stressoren und Ressourcen zu bearbeiten. Damit trägt die neuropsychologische Behandlung auch dem System „Familie“ und den hier zu leistenden Anpassungsleistungen Rechnung.

## Fallbeschreibung

Die 23-jährige Frau S. befand sich prämorbid in Ausbildung zur Beamtenanwärterin, nachdem sie im Anschluß an die Mittlere Reife eine Ausbildung zur Bürokauffrau bereits absolviert hatte. Zwei Wochen vor dem Unfallereignis trennte sich Frau S. nach 4-jähriger Ehe von ihrem Ehemann mit dem Ziel der Ehescheidung, da sie sich von ihrem Mann sehr stark kontrolliert fühlte und ihm immer rechenschaftspflichtig gewesen sei. Außerdem hatte sie realisiert, daß sie nicht zusammenpassen würden. Frau S. erlitt im April 1993 infolge eines PKW-Unfalles ein gedecktes Schädel-Hirn-Trauma dritten Grades mit konsekutivem Mittelhirnsyndrom und sechswöchigem Koma sowie diversen Verletzungen des Thoraxes und der unteren und oberen Extremitäten. Das CCT zeigte am Unfalltag ein deutliches Hirnödem beider Großhirnhemisphären mit weitgehend verstrichenen Hirnwindungsstrukturen. Über der rechten Hemisphäre fand sich ein wenige Millimeter messendes subdurales Hämatom. Hirnkontusionen waren nicht zu sehen. Im Rahmen des Mittelhirnsyndroms kam es zu einer Streckspastik aller vier Extremitäten und zu einer überschießenden vegetativen Symptomatik. Nach etwa zweimonatiger intensivmedizinischer Versorgung wurde Frau S. im Sommer 1993 für sieben Monate in eine neurologische Klinik zur Frührehabilitation verlegt. Ihr Zustand war bei Aufnahme gekennzeichnet durch einen normalen Schlaf-/Wachrhythmus, auf Ansprache war ein Fixieren des Gesprächspartners mit beiden Augen möglich. Eine verbale Kontaktaufnahme sowie gezieltes Befolgen von Aufforderungen war Frau S. noch nicht möglich. Motorisch lag eine spastische Tetraparese vor. Aufgrund der massiven neurologischen Symptomatik waren intensive physiotherapeutische, logopädische, ergotherapeutische und neuropsychologische Maßnahmen indiziert.

Im Anschluß an die Frührehabilitation wurde Frau S. im Frühjahr 1994 wohnortnah in unsere Fachklinik zur weiteren stationären Rehabilitation für insgesamt elf Wochen verlegt. Neben physiotherapeutischen, logopädischen und ergotherapeutischen Maßnahmen standen neuropsychologische Maßnahmen, psychotherapeutisch orientierte Gespräche zur Krankheitsverarbeitung und Familien- bzw. Paargespräche im Vordergrund der Rehabilitation. Auf die Behandlung der kognitiven Defizite wird aus Platzgründen nur kurz eingegangen. Als Ergebnis der stationären Rehabilitationsmaßnahme läßt sich folgendes feststellen: Die neuropsychologischen Untersu-

chungen zeigten Leistungseinbußen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis/Lernfähigkeit und Problemlösen/Planen auf. Frau S. nahm an verschiedenen Therapieprogrammen zur Kompensation der genannten Defizite teil. Bei Entlassung bestanden jedoch nach wie vor erhebliche Leistungseinbußen. Zusätzlich zu der individuellen Behandlung wurden zunächst Angehörigengespräche und im weiteren Verlauf Paargespräche geführt. Aufgrund der beschriebenen kognitiven Defizite war eine Wiederaufnahme des Anwärterverhältnisses noch nicht möglich. Wegen der bestehenden Defizite und der unklaren Prognose für die mögliche berufliche Wiedereingliederung von Frau S. und aufgrund der Herausforderung des Paares mit der neuen Situation, die durch das Unfallereignis entstanden ist und vor dem Hintergrund der prämorbidem Paarkonstellation eine besondere Akzentuierung erfährt, wurde eine weitere ambulante Behandlung dringend empfohlen.

Im Anschluß an die stationäre Rehabilitationsmaßnahme wurden vom Kostenträger weitere ambulante Maßnahmen im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie finanziert. Eine von Frau S. beantragte weiterführende neuropsychologische Therapie bei einem ambulant tätigen Neuropsychologen wurde abgelehnt.

Im Herbst 1994 kam es zu einer Zuspitzung in der Lebenssituation von Frau S.: Aufgrund der noch vorhandenen Leistungsdefizite kündigte der Dienstherr das Anwärterverhältnis. Frau S. reagierte auf diese Entscheidung mit einem demonstrativen Suizidversuch. Aufgrund anschließender massiver Interventionen des Ehemannes, des Betriebsrates und eines Behindertenbeauftragten nahm der Dienstherr die Kündigung zurück. Daraufhin stimmte der Kostenträger kurzfristig einer neuropsychologisch-psychotherapeutischen Behandlung (Krisenintervention) und einer erneuten stationären neuropsychologischen Rehabilitation zu.

Als Ergebnis des zweiten, insgesamt 8wöchigen Rehabilitationsaufenthaltes läßt sich aus neuropsychologischer Sicht feststellen: In den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Lernfähigkeit sowie Problemlösen und Planen konnten weitere Leistungsverbesserungen erreicht werden, wenn auch nach wie vor nicht alle Leistungen dem Erwartungswert der Altersgruppe entsprachen. In einem während des Aufenthaltes stattgefundenen Gespräch mit dem Behindertenbeauftragten des Dienstherrn von Frau S. und einer sozialpädagogischen Mitarbeiterin einer Nachsorgeeinrichtung für SHT-Patienten wurde festgelegt, daß Frau S. ab Januar 1995 bei dieser Institution einen ambulanten Therapieplatz erhalten würde, damit weitere arbeitstherapeutische Maßnahmen initiert werden könnten. Aus neuropsychologischer Sicht empfahl sich eine therapeutische Supervision dieser Maßnahmen durch einen ambulant tätigen Neuropsychologen.

Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Fallberichts befand sich Frau S. täglich in dieser Nachsorgeeinrichtung ca. 40 km von ihrem Wohnort entfernt. Den Transfer bewältigt Frau S. aufgrund residualer motorischer Defizite mit Unterstützung von Ehemann und Mutter durch einen kurzen Hol- und Bringdienst, öffentlichen Verkehrsmitteln und dem Malteser-Hilfsdienst. Für Mai 1995 wurde ein Arbeitsversuch geplant. Zusätzlich akzeptierte der Kostenträger nunmehr eine begleitende neuropsychologisch-psychotherapeutische Behandlung.

## Verlauf des ersten stationären Rehabilitationsaufenthaltes und Leitlinien der familienorientierten Interventionen

### *(1) Die Familiensystemanalyse für den Zeitpunkt des Unfalles im Frühjahr 1993*

#### *Persönlichkeitssystem*

*Ressourcen:* Die 23-jährige Frau S. befand sich in Ausbildung zur Beamtenanwärterin, nachdem sie im Anschluß an die Mittlere Reife eine Ausbildung zur Bürokauffrau absolviert hatte. Die Tatsache, daß sie die strengen Aufnahmemodalitäten bestanden hatte, verweisen auf ihre gute kognitive Leistungsfähigkeit. Den Beamtenstatus strebte sie vor allem aus Gründen der sozialen Sicherheit an. Die Tatsache der Trennung läßt sich als Selbständigkeitstendenz interpretieren, da sie diese aufgrund übermäßiger Kontrolle und Rechenschaftspflichtigkeit gegenüber dem Ehemann realisierte. Ihre materiellen Lebensverhältnisse konnten als gut bezeichnet werden.

*Stressoren:* Sich selbst bezeichnete Frau S. rückblickend als egoistisch. Vor dem Unfall sei ihre Haltung durch die Einstellung „nach mir die Sintflut“ gekennzeichnet gewesen, womit sie meinte, daß sie sich und ihre Interessen immer in den Vordergrund gestellt habe.

#### *Paarsystem*

*Ressourcen:* Aufgrund der Trennung zwei Wochen vor dem Unfall können zu diesem Zeitpunkt auf der Paarebene keine Ressourcen mehr beschrieben werden.

*Stressoren:* Die Tatsache, daß Frau S. mit 19 Jahren die Ehe eingegangen ist, läßt vermuten, daß sie sich frühzeitig aus dem Verband der Herkunftsfamilie lösen wollte, sich gleichzeitig aber in ein neues System von Geborgenheit begeben wollte. Als Gründe für die Trennung gab Frau S. an, sehr unter der Kontrolle des Ehemannes gestanden zu haben und ihm immer rechenschaftspflichtig gewesen zu sein. Vor der Heirat sei ihr Mann ihre „große Liebe“ gewesen, jetzt habe sie jedoch realisiert, daß sie nicht zusammenpassen würden. Es scheint, daß die Partner beim Aushandeln von Selbständigkeit, Nähe und Distanz gescheitert sind und somit die Beziehung durch hohe Kohäsion, jedoch niedrige Anpassungsfähigkeit gekennzeichnet war. Offenbar waren die Partner nicht in der Lage, durch ihre Kommunikations- und Problemlösekompetenzen eine wechselseitig befriedigende Beziehung zu etablieren.

### *Mehrgenerationensystem*

*Ressourcen:* Frau S. ist in ein familiäres System ihrer Herkunftsfamilie eingebunden, das ihr für Krisenzeiten ein intensives Stützsystem anbietet. Wichtigste Person ist hierbei vor allem ihre Mutter.

*Stressoren:* Die Eltern von Frau S. trennten sich, als sie ca. zwei Jahre alt war. Der Vater war Alkoholiker und kehrte nach der Scheidung in seine türkische Heimat zurück. Frau S. hatte nur spärlichen Kontakt zu ihm, verspürte aber immer wieder eine tiefe Sehnsucht nach dem Vater. Die Mutter von Frau S. bezeichnete ihre Tochter liebevoll als „Prinzessin“, eine Bezeichnung, die metaphorisch ihre Stellung in der Herkunftsfamilie treffend beschreibt. Die Etablierung der Partnerschaft vollzog sich kurz nach einem Verheirathungsversuch durch ihren Vater mit einem damals 30-jährigen Landsmann während einer Urlaubsreise in dessen Heimat. Frau S. war zu diesem Zeitpunkt zwölf Jahre alt. Frau S. schloß sieben Jahre später die Ehe gegen den Widerstand ihrer Herkunftsfamilie.

### *Extrafamiliäre soziale Systeme*

*Ressourcen:* Frau S. verfügte prämorbid über einen großen Freundes- und Bekanntenkreis. Insbesondere zu einer Freundin hatte sie ein sehr vertrauensvolles Verhältnis. Auch an ihrem Arbeitsplatz war sie in ein funktionierendes kollegiales System eingebettet. In beruflicher Hinsicht genießt sie, bezogen auf sozialversicherungsrechtliche Belange, die Vorteile einer Beamtinnenanwärterin - eine Tatsache, die sich im späteren Rehabilitationsverlauf als äußerst vorteilhaft erweisen sollte.

*Stressoren:* keine.

## *(2) Paar- und Familienstruktur bei Klinikaufnahme: Interaktion Familiensystem und Therapeutesystem*

Bei der Anamneseerhebung machte Frau S. deutlich, daß sie und ihr Mann die gemeinsame Beziehung wieder aufgenommen hätten. Ihr gemeinsames Ziel für den Zeitpunkt nach dem ersten Rehabilitationsaufenthalt war die Fortführung der Ehe. Gleichzeitig machte Frau S. deutlich, daß von Seiten ihrer Herkunftsfamilie erheblicher sozialer Druck bestünde. Eine besonders dominante Rolle nahm dabei ihre Mutter ein, die von den Unfallsfolgen vollkommen überfordert war. Das Verhalten der Mutter war durch erhebliches Überengagement gekennzeichnet: So wurde Frau S. von ihrer Mutter zu allen Therapien mit Ausnahme der Neuropsychologie begleitet. Ihre Anwesenheit war aber in dieser frühen Phase der Rehabilitation von Therapeuteseite nur bedingt erwünscht und störte den Therapieprozeß. Außerdem konnte festgestellt werden, daß Frau S. viel entspannter war, wenn sie alleine zu den Therapien gehen konnte. Auch äußerte sie direkt, daß „... meine Mutter viel zu besorgt, um mich ist ...“ bzw. „... wie soll ich gesund werden, wenn sie immer anwesend ist ...“.

Frau S. sah sich aber nicht in der Lage, ihre Mutter mit ihrem Anliegen zu konfrontieren, da sie äußerte, „... über so etwas Tiefgreifendes spreche ich nicht mit meiner Mutter . . .“. Aufgrund der partnerschaftlichen Situation und der „verfilzten“ Familiensituation wurden Frau S. Angehörigengespräche angeboten. Zunächst äußerte sie sich wenig motiviert, auf dieses Angebot einzugehen, stimmte aber nach einigen Tagen dem Vorschlag zu. Frau S. regelte die Kontaktaufnahme zu Ehemann und Mutter selbst. Alle Beteiligten stimmten dem Terminvorschlag zu und erschienen zum ersten Familiengespräch.

### *(3) Familiensystemanalyse zum Zeitpunkt der ersten stationären Rehabilitation im Frühjahr 1994*

#### *Persönlichkeitssystem*

*Ressourcen:* Frau S. imponierte durch eine hohe Anstrengungsbereitschaft bei den therapeutischen Maßnahmen in allen Therapiebereichen. Sie zeigte einen großen Wunsch nach Autonomie.

*Stressoren:* Frau S. ist nach wie vor sehr auf sich konzentriert. Aufgrund der Unfallfolgen mit den kognitiven und motorischen Defiziten ist sie in ihrem Autonomiebestreben deutlich beeinträchtigt. Sie reagiert häufig mit einem depressiven Bearbeitungsstil, was dann auch ihre sonst hohe Therapiemotivation vermindert. Eine adäquate Krankheitsverarbeitung liegt nicht vor. Ihr Copingstil“ ist durch die Aussage „. . . es muß alles wieder so werden, wie es einmal war . . .“ gekennzeichnet. Frau S. zeigt häufig ein unsicheres und unselbständiges Verhalten.

#### *Paarsystem*

*Ressourcen:* Die Eheleute haben sich bereits zum Zeitpunkt der Frührehabilitation zur Fortsetzung der Beziehung entschlossen. Ihre Beziehung ist jetzt durch ein sehr hohes Maß an Kohäsion gekennzeichnet. Häufig zeigen sie „turtelndes Verhalten“. Herr S. ist außergewöhnlich motiviert, seine Frau zu unterstützen.

*Stressoren:* Herr S. „redet seiner Frau nach dem Mund“. Beide Eheleute neigen zu einer deutliche Harmonisierung und Bagatellisierung der prämorbid gegebenen partnerschaftlichen Situation. Beide kommen darüber hinaus zu einer inadäquaten Wahrnehmung und Einschätzung der aktuellen Leistungsfähigkeit von Frau S.

#### *Mehrgenerationensystem*

*Ressourcen:* Frau S. wird von ihrer Herkunftsfamilie in hohem Maße unterstützt.

*Stressoren:* Vor allem das Verhalten ihrer Mutter ist durch deutliches, damit aber auch kontraproduktives Überengagement gekennzeichnet. Frau S. erlebt darüber hinaus

großen Druck durch ihre Herkunftsfamilie. Ein Austausch über diese Diskrepanzen gelang nicht.

### *Extrafamiliäre soziale Systeme*

*Ressourcen und Stressoren:* Keine massiven Veränderungen zu erkennen. Der Bekanntenkreis verliert ein wenig an Bedeutung. Eine soziale Isolation trat jedoch nicht auf.

## Behandlungsstruktur

Das therapeutische Vorgehen wurde durch folgende Leitlinien gekennzeichnet: (1) Aufteilung der Behandlung (einer übernahm die Therapie der kognitiven Defizite und ein anderer die familientherapeutische Intervention) auf zwei Neuropsychologen, (2) regelmäßige Angehörigen- bzw. Paargespräche in 14tägigem Rhythmus, (3) nach Abschluß der diagnostischen Maßnahmen kontinuierliches kognitives Einzeltraining und Gruppenbehandlung und (4) regelmäßige interdisziplinäre „round-table“-Gespräche unter Anleitung des Neuropsychologen in Anwesenheit des Ehemannes.

Die Trennung der familiensystemischen und der kognitiven Maßnahmen war unabdingbar. Ein weiteres kombiniertes Vorgehen des Neuropsychologen in Personalunion hätte einer einseitigen Koalitionsbildung zwischen Patientin und Therapeut versus Familie bzw. Ehemann durch die intensiven Einzelkontakte Vorschub geleistet, da die Patientin auch bei der neuropsychologischen Diagnostik immer wieder versuchte, die familiäre bzw. partnerschaftliche Problematik zu thematisieren. Die Aufrechterhaltung und Demonstration der Neutralität allen Familienmitgliedern gegenüber ist jedoch eine wesentliche Prämisse der systemischen Therapie.

Die Angehörigen- und Familiengespräche wurden mit dem therapeutischen Hintergrund der Heidelberger bzw. Mailänder Schule der systemischen Familientherapie (Weber & Simon, 1988; Boscolo, Ceccin, Hoffmann & Penn, 1988) und nach dem ressourcen- und lösungsorientierten Kurzzeittherapieansatz von Steve de Shazer (1989, 1992) geführt. Zentraler Themenfokus stellten die kognitiven und motorischen Defizite und deren Relevanz für Alltag und Beruf dar. Hier sollte einer Fehlverarbeitung entgegengewirkt werden. Die „round-table“-Gespräche dienten dem gezielten Austausch von Fragen, Anliegen und Informationen für alle Beteiligten. Intention war die optimale Planung der Rehabilitationsziele und gleichzeitig die Rückmeldung über den Stand der aktuellen Defizite für die Patientin und den Ehemann, da bei beiden eine Tendenz zur inadäquaten Wahrnehmung und Einschätzung der aktuellen Leistungsfähigkeit der Patientin bestand.

## Leitlinien für die Familien- und Paargespräche

Wichtig für das Verständnis des weiteren Vorgehens ist die Tatsache, daß keine umfassende Familientherapie initiiert werden sollte, da im Rahmen des stationären Settings die Voraussetzungen nicht gegeben waren und diese von den Angehörigen auch nicht als Anliegen formuliert wurde. Die familienorientierte Intervention ist vielmehr als sekundär präventiv zu verstehen, um eine Fehlentwicklung zu verhindern, eine adäquate Rehabilitationsatmosphäre zu etablieren und um vor allem stärkend auf das Paarsystem einzuwirken, was Anliegen der beiden Partner war.

Das praktische Vorgehen in der Therapie orientierte sich an den von Wirsching und Stierlin (1994) formulierten Leitlinien: (1) Eine Vertrauensbeziehung zu allen Familienangehörigen schaffen, (2) die positiven Aspekte der Familie und ihre Ressourcen hervorheben, (3) Vermeiden der Deutung der Konfliktzusammenhänge, (4) die Familiendynamik im Kontext verstehen, (5) Hypothesenbildung aufgrund zirkulärer Befragung und (6) Anwendung von Schlußinterventionen.

## Verlauf der Familien- und Paargespräche

Ziel der Familiengespräche war zunächst, das Überengagement der Mutter zu verringern, da sich die Anwesenheit der Mutter bei den Therapien hemmend auf die Anstrengungen der Therapeuten auswirkte. Dabei sollte die Mutter jedoch nicht einfach „ausgebremst“ werden. Nach ihren Angaben sei ihr Engagement in der Klinik der Frührehabilitation äußerst begrüßt worden, da Personalmangel geherrscht habe und sie selbst aktivierende Pflege übernommen habe. Im Rahmen einer systemischen Schlußintervention wurde auch eine direktive Intervention integriert, die darin bestand, ihr mitzuteilen, daß sie diese Anstrengung in unserer Klinik nicht erbringen müsse, da kein Personalmangel herrsche, wir sie und den Ehemann aber mit Einverständnis von Frau S. gerne zu notwendigen Anleitesituationen der einzelnen Therapiebereiche einladen würden, wenn dies im Rehabilitationsverlauf notwendig erscheinen sollte.

Eine weitere Zielsetzung bestand darin, stärkend auf die Paarebene einzuwirken. Um die Intimität der Partner zu respektieren, war dies nur in Abwesenheit der Mutter möglich. Interessanterweise entschied sich die Mutter von Frau S., im zweiten Familiengespräch nicht mehr weiter an den Gesprächen teilzunehmen, da sie mit den von ihrer Tochter geäußerten Suizidgedanken total überfordert sei und dies allein ihre Tochter und ihren Schwiegersohn betreffe. Durch diese Entwicklung konnten in den Paargesprächen primär die Anliegen von Herrn und Frau S. thematisiert werden.

## Ergebnis der Paargespräche für die Patientin

Im Rahmen eines katamnesticen Gesprächs neun Monate nach dem ersten Rehabilitationsaufenthalt wurde Frau S. nach dem Effekt der Paargespräche befragt. Sie gab an, daß diese bewirkt hätten, daß sie und ihr Ehemann nun besser und mehr miteinander reden könnten. Insgesamt hätten die Gespräche das gegenseitige Verstehen gebessert. Zugleich hätten sich ihre gemeinsamen Unternehmungen verstärkt, und es wären klare Regelungen über die Aufgabenverteilung im Haushalt getroffen worden.

## Familiensystemanalyse zum Zeitpunkt der arbeitstherapeutischen Maßnahmen (Frühjahr 1995)

### *Persönlichkeitssystem*

*Ressourcen:* Frau S. ist nunmehr in der Lage, im Rahmen eines annähernd acht Stunden dauernden Alltages eine Nachsorgeeinrichtung zu besuchen. Sie zeigte auch immer wieder ein hohes Ausmaß an Eigeninitiative und setzte sich mit ihren Defiziten und den Behinderungen wie z. B. hinsichtlich der Frage der Fahrtauglichkeit auseinander. Frau S. nimmt Fahrstunden und möchte eine Überprüfung ihrer Fahreignung durchführen. Der FKV von Muthny (1989) liefert zu diesem Zeitpunkt positive Werte für die Skalen „Regressive Tendenz“ und „Selbstermutigung“.

*Stressoren:* Frau S. zeigt sich aber auch häufig sehr ungeduldig bezogen auf die bevorstehenden Maßnahmen des Arbeitsversuches. In diesem Zusammenhang kommt es immer wieder zur Überschätzung ihrer Leistungsfähigkeit. „Kompensatorisch“ übt sie auch Kritik an der Nachsorgeeinrichtung und erwägt alternative Behandlungsmaßnahmen. Der FKV von Muthny (1989) liefert zu diesem Zeitpunkt negative Werte für die Skalen „Problemanalyse“ und „Lösungsverhalten“, „depressive Verarbeitung“, „Mißtrauen und Pessimismus“ sowie „Ablenkung und Selbstaufwertung“.

### *Paarsystem*

*Ressourcen:* Zu diesem Zeitpunkt läßt sich aufgrund der Aussagen der Eheleute und den Beobachtungen in verschiedenen Kontexten feststellen, daß es zu einer Stabilisierung der Partnerschaft gekommen ist. Beide Eheleute zeigen gleichzeitig ein höheres Ausmaß an Individuation. Herr S. besucht berufsbegleitend eine Meisterschule in Abendkursen.

*Stressoren:* Die Kehrseite der Individuation ist, daß häufig wieder der Eindruck entsteht, daß die Eheleute beginnen, nebeneinanderher zu leben.

## *Mehrgenerationensystem*

*Ressourcen:* Die Bedeutung der Mutter tritt im Alltag in den Hintergrund.

*Stressoren:* Frau S. unternimmt im Frühjahr einen Urlaub mit ihrer Mutter. Es kommt zu Spannungen, die das bestehende Beziehungsmuster deutlich machen. Frau S. beschwert sich einerseits über das überfürsorgliche Verhalten ihrer Mutter, andererseits zieht sie ihre Mutter heran, um Unterstützung zu bekommen. Beispielsweise beschwert sich Frau S. über den Wunsch ihrer Mutter, sich beim Spazierengehen bei ihr einzuhängen, damit Frau S. aufgrund der Gangstörung einen sicheren Halt hat. Andererseits bittet sie ihre Mutter, dem Neuropsychologen eine Urlaubskarte zu schreiben, da ihre eigene Handschrift aufgrund der Feinmotorikstörung schlecht lesbar ist.

## *Extrafamiliäre soziale Systeme*

*Ressourcen:* Die arbeitstherapeutischen Maßnahmen im Rahmen der beruflichen Reintegration sind im Moment die tragenden Säulen für eine mögliche berufliche Perspektive.

*Stressoren:* Es sind keine Stressoren erkennbar.

## Fazit

Der vorliegende Fallbericht zeigt auf, wann ein familienzentriertes Vorgehen in der stationären Rehabilitation praktisch realisiert werden kann. Die Indikation zur familienzentrierten Vorgehensweise ergibt sich immer dann, wenn die Familienmitglieder aufgrund des Schweregrades der Hirnschädigung in die Behandlung involviert sind, aufgrund bereits prämorbid vorhandener problematischer Familienstrukturen die Reorganisationsprozesse im Rahmen der Anpassung besonders erschwert sind oder aber die familiären Beziehungen in Interaktion mit der Hirnschädigung eine besondere Akzentuierung erfahren (z.B. Überfürsorglichkeit).

Das vorgestellte familienpsychologische Modell zur Identifikation bereits prämorbid vorhandener Stressoren und Ressourcen im Rahmen einer Familiensystemanalyse macht deutlich, wie diese mit dem Stressor „erworbene Hirnschädigung“ interagieren. Das Ausmaß dieser bereits prämorbid vorhandenen Stressoren und Ressourcen bestimmt das Verletzlichkeitspotential einer Familie bei der Bewältigung der Auswirkungen einer erworbenen Hirnschädigung. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß sich die Ausprägung der Stressoren und Ressourcen über die Zeit verändert. Dies ist im Rehabilitationsprozeß zu berücksichtigen und im besten Fall durch gezielte Interventionen zu erreichen. Ziel aller Maßnahmen sollte

die Unterstützung der „hirngeschädigten Familie“ bei der Krankheitsverarbeitung und den erforderlichen Anpassungsprozessen sein.

Das beschriebene Vorgehen fand in einem stationären Setting statt, kann aber auch während einer ambulanten bzw. teilstationären Behandlung angewendet werden. Gerade dort besteht einerseits die Möglichkeit, andererseits die dringende Notwendigkeit, die Familie in den Rehabilitationsprozeß einzubinden. Zur Evaluation der familienpräventiven bzw. familientherapeutischen Maßnahmen können spezifische Fragebogeninventare (s. Überblick in Cierpka, 1988) oder Tests (s. Familiensystemtest -FAST- von Gehring, 1993) zum Einsatz kommen.

## Literatur

- Boscolo, L., Ceccin, G., Hoffmann, L. & Penn, P. (1988). *Familientherapie-Systemtherapie: Das Mailänder Modell*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Brooks, D.N. (1991). The head-injured family. *Journal of Clinical und Experimental Neuropsychology*, 13, 155-188.
- Brooks, D. N., Campsie, L., Symington, C. Beattie, A. & McKinlay, W. (1986). The five year outcome of severe blunt head injury - A relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery und Psychiatry*, 49, 764-700.
- Brooks, D. N., Campsie, L., Symington, C. Beattie, A. & McKinlay, W. (1987). The effects of severe head injury on patient and relative within seven years of injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2, 1-13.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cierpka, M. (1988). *Familiendiagnostik*. Berlin: Springer.
- De Shazer, S. (1989). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- De Shazer, S. (1992). *Muster familientherapeutischer Kurzzeit-Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Fordyce, D.J. & Roueche, J. R. (1986). Changes in perspectives of disability among patients, staff and relatives during rehabilitation of brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 31, 217-229
- Gehring, T. M. (1993). *Familiensystemtest (FAST)*. Weinheim: Beltz.
- Griebnitz, E., Ladurner, G., Lehofer, M. & Pichler, M. (1990). Erwartungsvorstellungen des Schlaganfallpatienten und dessen Angehörigen in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 29, 242-245
- Livingston, M. G., Brooks, D. N. & Bond, M. R. (1985). Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. *Journal of Neurology, Neurosurgery und Psychiatry*, 48, 876-881.
- Markman, H. J., Floyd, F. J., Stanley, S.M. & Lewis, H.C. (1986). Prevention. In N. S. Jacobsen & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 173-195). New York: Guilford Press.
- Lezak, M. D. (1988). Brain damage is a family affair. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10, 111-123.

- Massing, A., Reich, G. & Sperling, E. (1992). Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)*. Weinheim: Beltz Test.
- Palmowski, W. & Thöne, E. (1995). Zirkuläres Fragen - Was war das noch? *Zeitschrift für Systemische Therapie*, 13, 111-120.
- Rosenthal, M. & Geckler, C. (1986). Family therapy issues in neuropsychology. In D. Wedding, A. Horton & C. Webster (Eds.), *The neuropsychology handbook: Behavioral and clinical perspectives* (pp. 325-346). New York: Springer.
- Schneewind, K. A. (1991). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, G. & Stierlin, H. (1988). *Zn Liebe entzweit*. Reinbeck: Rowohlt.
- Wirsching, M. (1987). Familiäres Coping bei lebensbedrohender Krankheit. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie* (pp. 95-101). Berlin: Springer.
- Wirsching, M. & Stierlin, H. (1994). *Krankheit und Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

# Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall

Armin Dunkel

## Einleitung

Erkrankungen des Zentralnervensystems betreffen wegen ihrer Schwere und den mit der Erkrankung verbundenen Beeinträchtigungen oft eine Person in ihrer Identität und ihrem Selbstbewußtsein. Hinzu kommt, daß das Gehirn als Synonym für die menschliche Existenz schlechthin betrachtet wird und im Gegensatz zu vielen anderen Erkrankungen meist eine Krankheitsvorerfahrung fehlt.

Funktionsstörungen können für den Betroffenen eine existenzielle Bedrohung darstellen und der wirkliche oder antizipierte Verlust von Funktionen weckt Ängste und ruft Zweifel an der eigenen Identität hervor. Schmerzen, Depression, eingeschränkte psychische Leistungsfähigkeit, momentan erlebte psychische und physische Veränderungen, Angst vor Medikamenteneinnahme, Gefühle von Hilflosigkeit, Ungewißheiten bezüglich des Krankheitsverlaufes und der zu erwartenden Reaktionen der Umwelt auf die Erkrankung und Behinderung stellen Belastungen dar, die neben Persönlichkeitsmerkmalen, individuellen Ressourcen und der sozialen Integration die Bewältigung und Behandelbarkeit eines Patienten mit Hirnschädigung oder -erkrankung beeinflussen können.

Weitgehend unklar ist momentan - trotz elaborierter Erfassungsmöglichkeiten von Bewältigungsstilen (Olbrich, 1990) - welche Strategien im einzelnen als für die Bewältigung hilfreich angesehen werden können. Erprobte und empirisch überprüfte behavioristisch orientierte Behandlungsansätze existieren zwar für eine Reihe von chronischen Erkrankungen, wie z. B. rheumatische Erkrankungen (Jungnitsch, 1992) liegen aber noch nicht für hirngeschädigte Patienten vor. Noch nicht überprüft wurde, inwieweit diese Programme bei hirngeschädigten Patienten angewendet werden können. Unklar ist auch, inwieweit die bestehenden Programme modifiziert und spezifische neuropsychologische Aspekte integriert werden müssen.

Im folgenden wird die stationäre Behandlung eines Patienten mit Anpassungsstörung (ICD-10: F 43.2) nach Kleinhirn- und Hirnstamminfarkt dargestellt. Die Beschreibung umfaßt das spezifisch neuropsychologisch-psychotherapeutische Vorgehen unter Berücksichtigung der Kombinierbarkeit der Methoden im Rahmen einer stationären Heilbehandlung.

## Der Patient und seine Erkrankung

Herr M. arbeitete vor seiner Erkrankung als Geschäftsführer einer technischen Firma. Er ist 44 Jahre alt, verheiratet und hat eine 11-jährige Tochter. Außer einem seit

1.5 Jahren bestehenden Bluthochdruck mit diastolischen Werten um 100mm Hg. konnte Herr M. keine gesundheitlichen Beschwerden angeben; er fühlte sich immer gesund.

Im Vorfeld der Erkrankung litt der Patient häufig unter Kopfschmerzen, es folgten wenige Monate später Schwindel, Übelkeit, Erbrechen sowie Gangunsicherheit und zunehmender Kopfschmerz. Nach kurzer beschwerdefreier Phase traten die Symptome wieder verstärkt auf. Herr M. mußte notfallmäßig in die Akutklinik eingewiesen werden. Anlaß war ein ischämischer Infarkt im Versorgungsgebiet der Arteria cerebelli inferior posterior links, mit Beteiligung von Kleinhirn und Medulla oblongata links.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik, acht Wochen nach Beginn der Akutbehandlung, litt der Patient unter Gangunsicherheit mit Fallneigung nach links und einer Koordinationsstörung der linken oberen Extremität. Die zerebelläre Dysarthrie war bis auf eine diskrete Restsymptomatik zurückgebildet. Herr M. beklagte eine verminderte allgemeine Belastbarkeit und ein Unvermögen „klar zu denken“. Im Rahmen der sechswöchigen Rehabilitationsbehandlung wurde der Patient krankengymnastisch behandelt. Er erhielt balneophysikalische Anwendungen, nahm an einer Dysarthriegruppe, kognitivem Training und ergotherapeutischen Maßnahmen teil.

## Das Beschwerdebild

*Eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit:* Das Gefühl einer „ständigen Benommenheit im Kopf“, in Verbindung mit einer verminderten Konzentrationsleistung, erhöhter Lärm- und Lichtempfindlichkeit, einer Gesichtsfeldeinschränkung und dem Gefühl geringer allgemeiner Belastbarkeit, führte zu einem stark verminderten Selbstwertgefühl und einer Unsicherheit bezüglich der Einschätzung der eigenen kognitiven Leistungsfähigkeit.

Den Patienten ängstigte die Ungewißheit des Krankheitsverlaufes, er befürchtete eine Stagnation des Genesungsprozesses und antizipierte ein zukünftiges berufliches Leistungsveragen. Gedanken späterer Arbeitslosigkeit beschäftigten ihn intensiv.

In der neuropsychologischen Untersuchung kamen der Complex-Figure-Test (CFT), der Benton-Test, die Merkaufgaben aus dem Intelligenzstrukturtest (IST-Merkaufgaben) und das Wiener Determinationsgerät (WDG-Kölner Form) zum Einsatz.

Herr M. nahm im Anschluß an die oben geschilderte Eingangsuntersuchung an einer vierstündigen Belastungsuntersuchung teil, die neben dem Aspekt der Diagnostik auch als in-vivo Element (Leistungssituation, Versagensängste) in die psychotherapeutische Behandlung integriert wurde. Hier bearbeitete der Patient die Revisions tests A und S, das Leistungsprüfsystem (LPS), den Zahlenverbindungstest (ZVT), den Konzentrationstest d2 und den Gailinger Organisationsversuch (GO).

Objektivieren ließen sich lediglich ein leichtergradiges relatives Leistungsdefizit (PR 19) für die Reaktionsgeschwindigkeit und die psychomotorischen Leistungen. Herr M. klagte im Anschluß an die Belastungsuntersuchung über somatische Beschwerden in Form von Übelkeit, brennenden Augen und Schwindelgefühlen. Er beschrieb eine starke Anstrengung und Erschöpfung. Beim Lesen bereiteten ihm die kleingeschriebenen Buchstaben und Zeichen Schwierigkeiten.

*Körperliche Beschwerden:* Seit dem Kleinhirnfarkt leidet Herr M. unter einer starken und dauerhaft vorhandenen Übelkeit in Verbindung mit Schwindel, einer Gangunsicherheit und dem Gefühl ständiger Benommenheit. In der Beschwerdeliste (BL) erreicht er einen Rohwert von 35.

*Anpassungsstörung:* Herr M. schildert bedrückt, daß er das Gefühl habe, in den letzten Wochen keinerlei gesundheitliche Fortschritte zu machen. Große Schwierigkeiten bereitet ihm die Anpassung an die neue Lebenssituation. Das veränderte Körperempfinden führte zu einer ausgeprägten inneren Unruhe und Spannungsgefühlen, die durch ein Druckgefühl im Kopf („mein Gehirn ist vollgefüllt und schwer“) noch verstärkt werden. Die momentan erlebten psychischen und physischen Veränderungen und die Ungewißheit des Krankheitsverlaufs versetzen ihn in Angst.

Seinen Zustand beschreibt er in der BL als eher teilnahmslos, entschlußlos, appetitlos, scheu, elend, zögernd, matt, schwermütig, weinerlich, zurückgezogen, unglücklich und starr. Soziale Aktivitäten werden zur Zeit generell vermieden.

Im Beck-Depressions-Inventar (BDI) erreicht Herr M. einen Summenscore von 21, der auf eine leichte depressive Symptomatik hindeutet. Im Zentrum seiner Schilderung steht eine ausgeprägte Objektbezugsstörung, Entschlußunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust und in mäßiger Ausprägung Dysphorie, Strafbedürfnis, Selbsthaß, Reizbarkeit, Kontaktstörung, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust.

Bezüglich der Krankheitsverarbeitung (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV) zeigt der Patient eine ausgeprägte Neigung zu Problemanalyse und Lösungsverhalten, Religiosität und Sinnsuche sowie stark ausgeprägte Compliancestrategien und Arztvertrauen.

Diese Ressourcen werden kontrastiert durch nur gering ausgeprägte Fähigkeiten zur emotionalen Bewältigung und wenigen Ablenkungs- und Selbstaufwertungsstrategien.

Die Erfassung des individuellen Bewältigungsmusters erlaubte, die dem Patienten bei seiner schwierigen Aufgabe zur Verfügung stehenden „Werkzeuge“ zu sichten und eröffnete die Möglichkeit, bestehende Ressourcen zu stützen, auszubauen und neue Möglichkeiten zu erschließen.

*Partnerschaft und soziale Kontakte:* Herr M. beschreibt Aspekte der sozialen Unsicherheit. Er gibt an, durch Kritik oder Ablehnung leicht verletzbar zu sein und Kontakte zu anderen Menschen nur dann einzugehen, wenn er sicher ist, akzeptiert zu werden. Sehr wichtig ist für ihn, nicht unangenehm aufzufallen.

Im beruflichen Bereich sind ihm seine Arbeit und Produktivität wichtiger als private Aktivitäten und Beziehungen. Er beschreibt sich als sehr gewissenhaft und unnachgiebig in bezug auf Moral und menschliche Werte. Gefühle auszudrücken fällt ihm schwer.

Aufgrund seines beruflichen Engagements hat er wenig Zeit für die Familie. In seiner Ehe gibt es nur noch wenige Gemeinsamkeiten, die Beziehung ist seit längerem ohne sexuelle Betätigung und eher kameradschaftlich geprägt. Anderweitige private Kontakte bestehen nur wenige, die Kontaktaufnahme und der offene Umgang mit Menschen fallen ihm schwer.

## Symptomauslösende und aufrechterhaltende Faktoren

Als Auslöser für die Anpassungsstörung kommen die Wahrnehmung einer beeinträchtigten physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, die Angst vor Verlust der beruflichen Rollenidentität, die Ungewißheit bezüglich des Krankheitsverlaufes und die insuffizienten emotionalen Bewältigungsstrategien in Betracht.

Die depressive Reaktion ist einerseits als eine Phase der Krise im Rahmen der Bewältigung einer schweren körperlichen Erkrankung zu verstehen. Andererseits wird sie aber auch dadurch ausgelöst, daß die von dem Patienten in den Vordergrund gestellte Strategie, alles selbst in die Hand zu nehmen und auch Kontrolle über jede Situation behalten zu müssen, gerade bezüglich des Krankheitsverlaufes nicht greift.

Die Bewältigungskompetenzen des Patienten in Form von Rationalisierung eines Problems und eines technisch orientierten Lösungsverhaltens sowie Compliancestrategien und Arztvertrauen reichen bezüglich der erhofften positiven Konsequenzen einer durchgreifenden Beeinflussung der Erkrankung nicht aus.

Speziell auf dem Gebiet der emotionalen Verarbeitung verspürt der Patient eine Insuffizienz. So fällt es ihm sehr schwer, seine momentanen Gefühle wahrzunehmen bzw. zu äußern.

Eine aufrechterhaltende Bedingung der depressiven Reaktion im Sinne positiver Verstärker stellt das Interesse und die Zuwendung seitens der Familie und anderer Personen auf diese Reaktion hin dar. Diese Hilfe wird besonders durch die medizinische Versorgung repräsentierenden Ansprechpartner gewährt.

Da Zuwendung und Aufmerksamkeit früher in erster Linie über Leistungsfähigkeit und berufliche Erfolge erzielt wurde, verfügt Herr M. zum gegenwärtigen Zeitpunkt

über kaum andere Möglichkeiten als durch Leiden Zuwendung und Unterstützung zu bekommen.

Eine weitere Auslösebedingung für die depressive Verarbeitung ist die körperliche Insuffizienz aufgrund der Gangunsicherheit und Schwindelsymptomatik. Dies bedingt eine größere Abhängigkeit von Dritten und zieht durch negative Auswirkungen auf die Mobilität ständig weitere Verstärkerverluste für den Patienten nach sich.

Auch die Angstreaktion des Patienten ist als Reaktion auf die Veränderung im physischen und psychischen Zustand und die damit verbundenen veränderten Wahrnehmungen zu verstehen. So ergeben sich auf der kognitiven Ebene in erster Linie Reaktionen, die eine Unsicherheit bezüglich der Zukunft und der Hilflosigkeit beinhalten. Auf der Programmebene steht die Forderung nach Unabhängigkeit und nach intellektueller Überlegenheit gegenüber anderen im Vordergrund.

Die Kognitionen bezüglich des weiteren Lebens sind durch angstbesetzte Gedanken wie: „ich verliere den Arbeitsplatz“, „ich werde von anderen abhängig sein“ und „in Zukunft bin ich ganz alleine“, bestimmt.

## Die Therapie

Aufgrund der Explorationsdaten, der Problemanalyse und der testpsychologischen Untersuchung wurden, in gemeinsamer Entscheidung mit dem Patienten, die Problembereiche der eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit und der Krankheitsverarbeitung in den Fokus der Behandlung gestellt.

Aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung werden die Therapieziele sukzessive thematisiert und in drei Phasen mit jeweils spezifischer Zieldefinition unterteilt.

Zunächst stand der *Aufbau eines Vertrauensverhältnisses* sowie die *Motivation* des Patienten zur Teilnahme an der neuropsychologischen Diagnostik und eines verhaltenstherapeutischen Programms zur Krankheitsverarbeitung im Vordergrund. Um diese Ziele zu erreichen, wurde mit dem Patienten nach Anmeldung durch den Stationsarzt ein Erstgesprächstermin vereinbart. Hier berichtete Herr M. über seine subjektiv empfundenen Beschwerden. Er wurde über Inhalt und Ziele der Behandlungsangebote unterrichtet, und es wurden inhaltliche Fragen geklärt.

Herr M. zeigte sich interessiert, das Behandlungsangebot anzunehmen. Aufgrund des Leidensdruckes war der Patient bereit, sich mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen.

Die gemeinsame Erfassung der Problembereiche und die strukturierende Zielplanung harmonisierten gut mit seinen zuvor beschriebenen Problembewältigungsressourcen und halfen, offene Fragen und Zweifel zu klären.

Am Ende der Sitzung wurde das Therapieangebot explizit formuliert und in schriftlicher Form an die Hand gegeben.

Zudem unterzeichnete er einen Patientenvertrag, der in groben Zügen die „Pflichten“ eines Patienten transparent machte. An den weiteren Terminen nahm Herr M. regelmäßig teil, und die Interaktion war durch Offenheit geprägt.

In der zweiten Phase wurden die subjektiv empfundenen *kognitiven Leistungsdefizite* und die hiermit korrelierenden *Versagensängste* und *Selbstwertdefizite* thematisiert. Ziel war es, dem Patienten durch die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse einen objektiven Maßstab für seine aktuelle Leistungsfähigkeit an die Hand zu geben und ihm - durch die Erfahrung, eine Leistungssituation bewältigen zu können - bei dem Abbau von Versagensängsten und Selbstzweifeln zu helfen.

Zur Realisierung dieser Ziele wurden systematisch die Aspekte der psychischen Leistungsfähigkeit und deren mögliche Beeinträchtigungen aufgrund der zerebralen Erkrankung besprochen. Herr M. gab seine subjektiven Einschätzungen bezüglich Gedächtnisfunktionen, Konzentrationsfähigkeit, Wahrnehmungsvermögen etc. an. Zusätzlich wurden alltagsrelevante Situationsvariablen besprochen, in denen die wahrgenommenen Beeinträchtigungen besonders prägnant hervortraten.

Aufbauend auf die oben genannte Exploration fand eine Auswahl der Untersuchungsbereiche statt, und es wurde ein Terminplan erstellt. Auch ein Termin für die Ergebnisbesprechung wurde im Vorfeld festgelegt.

Die eigentliche Diagnostik umfaßte die zuvor erwähnten Eingangsuntersuchungen und eine vierstündige Untersuchung der Belastbarkeit.

Auch hier wurde der Patient am Ende der Untersuchung um eine subjektive Einschätzung der erbrachten Leistung und der empfundenen Belastung gebeten. In der Ergebnisbesprechung konnte Herr M. die Inkongruenz zwischen der depressiv gefärbten Selbsteinschätzung und der objektiven Leistungsdaten wahrnehmen. Dies führte zu einer positiveren Neueinschätzung seiner Leistungsfähigkeit und ermöglichte im psychotherapeutischen Kontext eine positive Korrektur des Selbstbildes.

Schließlich bildete in der dritten Phase die *Verbesserung der Krankheitsbewältigungskompetenz* mit der Vorgabe, flexiblere Krankheitsbewältigungsstrategien zu entwickeln und die Wahrnehmung für Belastbarkeitsgrenzen zu sensibilisieren, ein zentrales Ziel.

Aufbauend auf die beschriebene Leistungsdiagnostik fanden edukative Maßnahmen bezüglich des möglichen Krankheitsverlaufes und intrapsychischer Bewältigungsprozesse statt, die den Prozeßcharakter von Krankheit und Krankheitsbewältigung verdeutlichten. Einbezogen wurden kognitive, emotionale und Verhaltensaspekte.

Übende Verfahren (Visualisierungsübungen, Schmerzobjektivierung, Phantasieren) mit unmittelbarem Erlebnischarakter sollen zu mehr Transparenz und Akzeptanz für psychotherapeutische Methoden und deren Wirkfaktoren führen und dienen gleichzeitig der Sensibilisierung der emotionalen Wahrnehmung.

Faktoren, die in Leistungs- und Therapiesituationen zu Selbstüberforderung, Erschöpfung und emotionaler Destabilisierung führen, können in einer Verhaltensanalyse dokumentiert werden. Dies beinhaltet auch das Ziel, die Wahrnehmungsfähigkeit für Belastbarkeitsgrenzen zu verbessern, indem der Patient lernt, psychische und physische Symptome, die belastungsabhängig auftreten, frühzeitig zu registrieren. Schließlich soll durch ein Entspannungstraining und zusätzlicher Eigenübungen der Bezug zur eigenen körperlichen Befindlichkeit hergestellt werden.

Anhand einer therapeutischen Geschichte (Petermann, Hautzinger & Rüdell, 1992) wurde das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe thematisch eingeführt. Dieses Vorgehen half bei der Darstellung des Gesamtprozesses der Krankheitsverarbeitung und vermittelte eine Vorstellung von Bewältigung als einem immerwährenden und ständig wechselnden Prozeß, der auch Rückschläge beinhaltet. Die aktuelle Situation des Patienten, seine subjektiven Empfindungen und die Ergebnisse aus dem Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) wurden in dieses Modell integriert.

Wie erwähnt, ließ sich bei Herrn M. gerade die Fähigkeit zu einem strukturierten, prozeß- und lösungsorientierten Herangehen an ein definiertes Problem gut für das therapeutische Vorgehen nutzen. Glücklicherweise hatten die relativen Leistungsdefizite im Bereich der Aufmerksamkeitsstörung bei dem hier gewählten Zeitrahmen keine die Therapie beeinträchtigenden Effekte. Mit der gewählten Zeitdauer von 45-50 Minuten pro Sitzung konnte eine mentale Überforderung vermieden werden.

Als übende Elemente zur Möglichkeit der Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitslenkung wurde eine Schmerz wahrnehmungsübung eingesetzt, wobei Schmerz hier auch als eine diffuse somatische oder psychische Mißempfindung zu verstehen ist. Herr M. sollte erfahren, daß Schmerz im o. g. Sinne auch ein Phänomen der Wahrnehmung ist und eine Veränderung der Schmerz wahrnehmung durch Aufmerksamkeitsumlenkung erreicht werden kann.

Eine Schmerzobjektivierungsübung sollte helfen, durch die Fokussierung der Aufmerksamkeit (Köhler, 1982) einzelne Komponenten der körperlichen Mißempfindung besonders zu beachten oder auch auszuschalten. Der Patient beschrieb seine somatischen Empfindungen wie folgt: „Ein Teil meines Gehirns ist wie eine fest abgeschlossene Wanne, mit einer schwarzen, zähen Masse, wie Teer. Den Rest meines Gehirns empfinde ich als hell und frei.“

Nachdem der Fokus auf die emotionalen Empfindungen gerichtet wurde, berichtete Herr M. zunächst von Schwierigkeiten, Emotionen wahrzunehmen. Gefühle auszudrücken fiel ihm verbal sehr schwer. Im Gespräch, sozusagen nebenbei, konnte er

jedoch eine große Erleichterung ausdrücken. „Ich habe gesehen, daß die schwarze Masse abgegrenzt und eingeschlossen ist, sie kann den Rest meines Gehirns nicht schädigen.“ Bei dieser Visualisierung nahm er ein plötzlich auftretendes „freies Gefühl“ im Brustkorb und eine Angstreduktion wahr.

Im Rahmen therapeutischer Hausaufgaben führte Herr M. die Wahrnehmungsübungen eigenständig mit einer Tonbandkassette fort und protokollierte seine Empfindungen. Diese Mitschrift der individuellen Ergebnisse wurde in die edukativen Maßnahmen integriert und mit dem Patienten besprochen. Anhand des Modells der Verarbeitung belastender Ereignisse (Lazarus & Folkman, 1984) konnte dem Patienten vermittelt werden, daß Streßbewältigungstechniken, wie z. B. die Progressive Muskelrelaxation, auch im Sinne einer Belastungsreduktion bei der Krankheitsverarbeitung einsetzbar sind. Unter Zuhilfenahme des mittlerweile entstandenen „Bildes der eigenen Erkrankung“ wurde das Modell der Visualisierung als psycho-physiologischer Therapieansatz eingeführt.

Hierzu wurde die der Eigenerfahrung dienende „Zitronenübung“ zur Verdeutlichung der Wechselwirkung von physiologischen und psychologischen Prozessen durchgeführt. Aufbauend auf diese Übung wurde mit Hilfe einer Schemazeichnung der Zusammenhang von Vorstellungsprozessen und physiologischen Veränderungen verdeutlicht. Aufgrund der aus den Übungen resultierenden, für den Patienten sehr überraschenden Erfahrungen, daß visuelle Vorstellungen wahrnehmbare physiologische Veränderungen wie z. B. starken Speichelfluß zur Folge haben, konnten die Motivation und Compliance weiter gefestigt werden. Mittlerweile fertigte Herr M. im Anschluß an die Visualisierungsübung weitere „Bilder seiner Erkrankung“ an. Höchst interessant war hierbei die Entwicklung der Darstellung: War zunächst der beschriebene „schwarze Klumpen“ im Gehirn lokalisiert, so „wanderte“ er mit zunehmender Thematisierung der emotionalen Befindlichkeit im Körperschema abwärts und wurde schließlich als eine im „Magen liegende, schwer verdauliche Masse“ beschrieben.

Nach vierwöchigem Klinikaufenthalt verließ Herr M. erstmals das Krankenhaus. Dieser Wochendurlaub erwies sich für ihn als sehr frustrierend und anstrengend und wurde von dem Patienten als Rückschlag bewertet.

Ursache hierfür war die Überforderung aufgrund seiner kognitiven und körperlichen Defizite. Die sofortige Wiederaufnahme von früher gewohnten Sozialkontakten (Kirche, Familie, Einladung von Bekannten) wurde als unerwartet anstrengend erlebt. Herr M. konnte seine Überforderung und Erschöpfung Dritten nicht mitteilen und hatte bezüglich seiner Belastbarkeit eine hohe Erwartungshaltung. In diesem Zusammenhang empfand der Patient die äußerliche Nichtsichtbarkeit der Erkrankung als „Handicap“.

Im Rahmen der darauf folgenden Therapietermine wurden die Themen Belastbarkeit, Mitteilungsmöglichkeiten von Belastungsgrenzen, Sozialkontakte, äußerliche

Nichterkenntbarkeit der Beschwerden und damit verbundene eigene Erwartungshaltungen sowie antizipierte Wahrnehmungen Dritter im Gespräch thematisiert.

Es wurden Beispiele für die Auslösebedingungen von Angst, Depression und somatischen Mißempfindungen gesammelt. Unter Zuhilfenahme eines Modells des Schmerz-Spannungs-Schmerz und Angst-Depressions-Angst-Kreislaufes wurde verdeutlicht, daß Anspannung nicht nur durch körperliche Mißempfindung sondern auch durch psychische Belastungen entsteht (Jungnitsch, 1992).

Vor der Entlassung stand die Erörterung der Möglichkeiten zur Belastungsreduktion, unter Einsatz der bereits eingeübten verhaltenstherapeutischen Techniken, im Vordergrund. Diskutiert wurde die Übertragbarkeit der gesammelten Therapieerfahrungen auf Alltagssituationen, und es wurde die Möglichkeit eines Notfallplanes unter Einbeziehung der bekannten therapeutischen Techniken (Progressive Muskelrelaxation, Schmerz wahrnehmungs- und Visualisierungsübungen) und vermittelten Informationen besprochen.

Im Abschlußgespräch hatte Herr M. Gelegenheit, seine persönlichen Erfahrungen bezüglich der therapeutischen Interventionen einzubringen. Herr M. wertete die in der Therapie gemachten Erfahrungen als positiv. Zwar sei das Gefühl von Benommenheit noch vorhanden, er habe jedoch den Eindruck, mit seiner Erkrankung leichter umgehen zu können.

Aufgrund der therapeutischen Gespräche konnte Herr M. eine positivere Gesamteinstellung - „mehr Glaube an mich selbst“ - entwickeln. Durch mehr Offenheit im Umgang mit Mitpatienten und dem Gefühl von Akzeptanz durch den Therapeuten empfand er einen „Zuwachs an Selbstwertgefühl“. „Die inneren Bilder (Visualisierungen) halfen mir meine eigenen Antriebe besser kennenzulernen“.

Auch sein Urteilsvermögen habe sich hierdurch gestärkt. Herrn M. gibt an, wieder entschlüßfreudiger zu sein. Das Entspannungstraining konnte dem Patienten mehr Bezug zu dem eigenen Körperempfinden vermitteln. „Mir wurde klar, unter welchem Druck ich stehe und wie ich körperlich darauf reagiere.“ „Durch die Übungen habe ich Möglichkeiten kennengelernt, diesen Druck abzubauen und konnte eine bessere Erholung erreichen“. „Die Tatsache, daß ich in der Testung gute Ergebnisse erzielte, hat meinem Selbstwertgefühl enorm gutgetan.“ „Ich habe wieder mehr Zuversicht in meine Zukunft.“

## Fazit

Diese Falldarstellung stellt die Möglichkeiten einer verhaltenstherapeutisch orientierten Therapie im Rahmen einer zeitlich eng begrenzten stationären Rehabilitation dar. Die abschließende Therapieevaluation erbrachte sowohl in der subjektiven Schilderung des Patienten als auch in der testdiagnostischen Objektivierung deutlich positive Effekte.

Subjektiv schilderte Herr M. eine positivere Gesamteinstellung zur Krankheit und mehr Selbstvertrauen. Die emotionale Ausdrucksfähigkeit konnte verbessert werden, die soziale Isolierung nahm ab und ging einher mit einer verbesserten Kontaktaufnahme zu Mitpatienten. Als besonders hilfreich erwiesen sich die Visualisierungsübungen. Sie führten zu einer deutlicheren Wahrnehmung der eigenen Motive und Gefühle. Eine Stärkung des Urteilsvermögens wurde durch die Integration von rationalen und emotionalen Aspekten des Befindens registriert. Der Patient beschrieb dies mit den Begriffen „Denken, Fühlen, Wollen“ Herr M. schilderte eine höhere Belastungsfähigkeit und Frustrationstoleranz. Schließlich imponierte die wiederentdeckte und verbesserte Ausdrucksmöglichkeit durch den Zugang zu einer bildhaften Darstellung der Empfindungen. Auch die Genußfähigkeit konnte nach Angaben des Patienten durch die Freude am Malen und Gestalten verbessert werden.

Diese subjektive Beschreibung findet ihr Korrelat in den testpsychologischen Untersuchungsergebnissen. Die Evaluation erfolgte durch die nochmalige Durchführung des Beck-Depressions-Inventar (BDI) und eines Fragebogens zur Erfassung der Veränderung des Erlebens und Verhaltens (VEV).

Im BDI erreichte Herr M. einen Summenscore von 11 (vorher 21), der sich aufgrund des Rückgangs der Dysphorie, Schuldgefühle, Reizbarkeit, Kontaktstörung, Entschlußunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen und Appetitverlust errechnete. Eine depressive Störung liegt jetzt nicht mehr vor.

Der VEV dokumentierte eine hoch signifikante Veränderung des Erlebens und Verhaltens in positive Richtung.

Auch die Rückmeldung der Testergebnisse erwies sich als positiv. Sie ermöglichte dem Patienten eine Korrektur seiner durch Angst und Depression verzerrten Selbsteinschätzung. Die Dokumentation der Leistungsfähigkeit führte zu Erleichterung und reduzierte die Zukunftsängste. Erkennbare spezifische Ressourcen und Defizite konnten in der neuropsychologisch-psychotherapeutischen Behandlung thematisiert werden. Desgleichen konnten Behandlungs-, Kompensations- und Bewältigungstechniken vermittelt werden.

Als sehr günstig für den beschriebenen Therapieerfolg erwies sich das relativ geringe Ausmaß der kognitiven Defizite, die gute Introspektionsfähigkeit sowie die Motivation und Compliance des Patienten. Aber auch Patienten mit weit ausgeprägteren kognitiven Defiziten können von psychologischen Interventionen profitieren. Behavioristischer Ansätze haben dabei einige Stärken: Das Vorgehen ist klar zu vermitteln, zeigt ein hohes Maß an - für hirnanorganisch erkrankte Menschen oft wichtiger - Strukturiertheit und erlaubt eng umschriebene, an die Leistungsfähigkeit des Patienten adaptierte Zieldefinitionen.

Zum Schluß muß darauf hingewiesen werden, daß die im stationären Rahmen erreichten Erfolge bei Herrn M. nicht darüber hinwegtäuschen sollen, daß oft eine

ambulante Weiterbehandlung hirngeschädigter Patienten notwendig ist. Die alltäglichen Anforderungen bergen aufgrund der geforderten Anpassungsleistungen Konfliktpotentiale, auf die der meist noch behinderte Patient nicht immer während des stationären Aufenthaltes vorbereitet werden kann.

## Literatur

- Cramon, D. von & Zihl, J. (1988). *Neuropsychologische Rehabilitation*. Berlin: Springer Verlag
- Duus, P. (1990). *Neurologisch-topische Diagnostik: Anatomie, Physiologie, Klinik*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Fliegel, S., Groeger, W., Kürzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1989). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. München: Psychologie Verlags Union.
- Jungnitsch, G. (1992). *Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen*. München: Quintessenz-Verlag.
- Kallert, T. W. (1993). Ausgewählte Aspekte der Krankheitsverarbeitung und der psychotherapeutischen Behandlung von Schlaganfallpatienten. *Rehabilitation*, 32, 99-106.
- Köhler, H. (1982). *Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthritits*. Universität Tübingen: Unveröffentlichte Dissertation.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Muthny, F. A. (1994). Forschung zur Krankheitsverarbeitung und psychosomatische Anwendungsmöglichkeiten. *Deutsches Ärzteblatt*, 91, B-2282 - B-2290
- Muthny, F. A. (1990). *Krankheitsverarbeitung-Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Berlin: Springer.
- Olbrich, E. (1990). Methodischer Zugang zur Erfassung von Coping - Fragebogen oder Interview ? In F. A. Muthny (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung.. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse* (S. 53-77). Berlin: Springer.
- Petermann, F., Hautzinger, M. & Rüdell, H. (1992). Materialien zur Verhaltensmedizin. In G. Jungnitsch (Hrsg.), *Schmerz und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen*. München: Quintessenz Verlag.
- Poeck, K. (1989). *Klinische Neuropsychologie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Uexküll, T. (1986) *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg.

# Psychologische Betreuung von Eltern hirnverletzter Jugendlicher

Josef Pössl & Norbert Mai

## Einleitung

Die vielfältigen Belastungen von Angehörigen hirngeschädigter Patienten sind aus einer Reihe inzwischen durchgeführter Untersuchungen ersichtlich. Ein Überblick findet sich beispielweise bei Brooks (1991) oder Florian und Katz (1991). Die Arbeiten zu diesem Thema zeigen übereinstimmend, daß neben kognitiven Beeinträchtigungen vor allem psychische Auffälligkeiten und Veränderungen in der Persönlichkeit der Patienten wesentliche Problembereiche für die betroffenen Familien sind. Aufgeführt werden z. B. Impulsivität, aggressive Ausbrüche, abrupte Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Depression, Antriebsminderungen und Störungen der Einsichtsfähigkeit (Lezak, 1987). Fernerhin haben die Angehörigen oftmals Schwierigkeiten, Funktionsstörungen wie Antriebsverlust, Sprach- und Sprechstörungen oder kognitive Beeinträchtigungen richtig einzuordnen und mit deren Auswirkungen auf das Alltagsleben zurechtzukommen (Moffat, 1987). Anzuführen sind die Gefahr der sozialen Isolierung der gesamten Familie und Konflikte, die sich generell aus der nun neuen Beziehung zwischen einem Hilfebedürftigen und einem Helfenden ergeben (Brooks, 1991).

In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, daß Ehefrauen hirngeschädigter Männer die genannten Punkte als stärkere Belastung erleben als Mütter hirnverletzter Jugendlicher. So fanden Maus-Clum und Ryan (1981) bei Ehefrauen häufiger als bei Müttern typische Belastungsreaktionen wie Frustration, Reizbarkeit, Depression und sozialer Rückzug. Dies wird dadurch erklärt, daß Mütter die Rolle einer Betreuerin immer schon eingenommen haben, die Ehefrauen oft jedoch mit einer Rollenvermischung (Partnerin, Krankenschwester, Therapeutin) konfrontiert sind (von Ehemännern und Vätern ist bemerkenswert wenig die Rede). Weiterhin können sich die Eltern gegenseitig unterstützen, während die Ehefrauen oft alleine die Verantwortung tragen müssen.

Livingston, Brooks und Bond (1985 a, 1985 b) konnten in ihren Untersuchungen jedoch keine Unterschiede in der Ausprägung der Belastung zwischen Ehefrauen und Müttern innerhalb des ersten Jahres finden. Anzumerken ist zudem, daß in der bereits erwähnten Studie von Maus-Clum und Ryan (1981) immerhin bei etwa der Hälfte der befragten Mütter deutliche Belastungssymptome festgestellt wurden. Tarter (1990) berichtet von einem Zusammenhang zwischen den psychischen Auffälligkeiten der Jugendlichen und der subjektiven Belastung der Eltern (auch in dieser Arbeit wurden vornehmlich Mütter untersucht). Dies zeigt, daß Änderungen in der Persönlichkeit des Patienten auch von den Müttern als große Belastung erlebt werden. Auf einen weiteren Punkt macht die Arbeit von Orsillo, McCaffrey und

Fisher (1993) aufmerksam. Bei 10 von 13 untersuchten Geschwistern von jugendlichen Patienten mit einem Schädel-Hirn-Trauma waren psychische Auffälligkeiten feststellbar, was für die Eltern eine zusätzliche Belastung darstellt.

Der Blick auf die Eltern ist aber noch aus einem anderen Grund angezeigt. In den meisten Fällen sind die jungen Patienten nach der Hirnschädigung wieder auf die Unterstützung der Eltern angewiesen. Eine befriedigende psychosoziale Anpassung jugendlicher Hirnverletzter ist somit ohne den Beitrag der Eltern nicht denkbar. Die Heranwachsenden befinden sich aber in dem Dilemma, daß sie einerseits die Hilfe der Familie benötigen, andererseits jedoch so weit wie möglich selbständig werden wollen und auch müssen. Die diesbezüglichen Erfahrungen der Betroffenen sind in der Studie von Schneider, Weißhaupt und Mai (1993) anschaulich dargestellt. Allerdings machen die Schilderungen der Jugendlichen offenkundig, welche grundlegende Verunsicherung im Umgang mit der veränderten Lebenssituation auch bei den Eltern besteht. Die mangelnde Aufklärung und Beratung von Eltern und Partnern, insbesondere hinsichtlich der Spätfolgen einer Hirnverletzung, kommt ebenfalls in der Befragung von McMordie, Rogers und Barker (1991) zum Ausdruck.

Dies zeigt, daß eine intensivere Einbeziehung der Eltern und generell der Angehörigen in die rehabilitativen Maßnahmen dringend erforderlich ist. Allerdings existieren für die praktische Umsetzung nur wenige konzeptuelle Leitlinien, um die Zusammenarbeit zwischen dem Behandlungsteam und den Angehörigen sicherzustellen (McNeny & Wilcox, 1991). Grundlegende Ansatzpunkte für eine Betreuung in Form einer Elterngruppe, wie sie in einer Tagklinik oder einem anderen ambulanten Setting realisierbar ist, werden im folgenden dargestellt.

## Konzeption der Gruppen und Merkmale der Patienten

Im Rahmen eines Projekts zur Angehörigenbetreuung sind auch die Eltern mehrerer ehemaliger Patienten aus der Tagklinik der Abteilung für Neuropsychologie des Städtischen Krankenhauses München-Bogenhausen mit der Bitte angeschrieben worden, in Gesprächsrunden über ihre Erfahrungen als Mitbetroffene zu berichten. Ziel dieses Projekts war es, Anregungen und Ratschläge von erfahrenen Angehörigen für die Bewältigung alltäglicher Probleme, die nun auf die gesamte Familie zukommen, zu sammeln. Dazu wurden die Sitzungen auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Aus den Aufzeichnungen wurde ein Ratgeber für Angehörige hirngeschädigter Patienten erstellt (Pössl & Mai, 1996). Weiterhin sollte erfaßt werden, welche Art von Unterstützung die Angehörigen von Seiten der Klinik und der rehabilitativen Einrichtung als erforderlich angesehen hätten und eventuell vermißt haben.

Die Eltern von sieben Patienten erklärten sich zeitlich in der Lage und bereit, an regelmäßig stattfindenden Gesprächsrunden teilzunehmen. Bei sechs dieser Patienten handelte es sich um männliche Jugendliche, die ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten haben. Bei der siebten, einer weiblichen Heranwachsenden, mußte

ein Hirntumor entfernt werden. Das Alter der Patienten bei der Hirnschädigung variierte von 13 bis 24 Jahren. Diese lag bei Beginn der Elterngruppe mit einer Ausnahme (vier Monate) bereits drei bis fünf Jahre zurück.

Die Störungsbereiche und die psychischen Auffälligkeiten der Jugendlichen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Daraus wird ersichtlich, daß die Schwere der Behinderung deutlich variiert. Patientin G (siehe Tab. 1), bei der ein Hirntumor entfernt wurde, konnte eine Umschulung zur Bürokauffrau im Rahmen einer Berufsfindungsmaßnahme erfolgreich abschließen. Patient D begann im Zeitraum der Gruppentreffen eine kaufmännische Lehre. Der jüngste Patient (C) besucht derzeit eine Sonderschule. Für die restlichen vier Patienten wird eine Wiedereingliederung in das Berufsleben aufgrund der schweren Funktionsstörungen nicht mehr angestrebt.

Die Gruppensitzungen fanden mit einem Abstand von drei Wochen über den Zeitraum eines Jahres statt. Die Teilnehmerzahl (5-8 Personen durchschnittlich) blieb weitgehend konstant, was als überzeugender Beleg dafür zu werten ist, daß die Gruppe von den Eltern als positiv bewertet wurde. Lediglich eine Mutter (beruflich

*Tabelle 1: Funktionelle Störungen und psychische Auffälligkeiten der Patienten aus der Elterngruppe*

Patient (Teilnehmer)	Hauptstörungsbereiche	Psychische Auffälligkeiten
A (Mutter)	Schwere Ataxie an allen Extremitäten Schwere Sprechstörung (Gaumensegelprothese) Leichte kognitive Beeinträchtigungen	Aggressivität, Impulsivität Schwere depressive Einbrüche Soziale Rückzugstendenzen
B (Eltern)	Deutliche kognitive Beeinträchtigungen Mittelschwere Sprechstörung	Zwanghafte Verhaltensweisen Starke Stimmungsschwankungen
C (Mutter)	Deutliche kognitive Beeinträchtigungen Mittelschwere Ataxie an allen Extremitäten	Panikattacken und psychotische Angstanfälle (deutlich gebessert)
D (Eltern)	Leichte Sprechstörung Leichte Gedächtnisstörung	Erhöhte Reizbarkeit (gebessert)
E (Vater)	Kognitive Verlangsamung mit Gedächtnisstörung Mittelschwere Sprechstörung Resthemiparese (rechts)	Aggressivität, Impulsivität Ängstlich-depressive Verstimmungen Zwanghafte Verhaltensweisen
F (Mutter)	Starke allgemeine Verlangsamung Deutliche Gedächtnisstörungen Mittelgradige Hemiparese (links)	Anzeichen einer emotionalen Indifferenz
G (Mutter)	Resthemiparese (links) Leichte kognitive Beeinträchtigungen	Soziale Rückzugstendenzen Depressive Verstimmungen

bedingte Termenschwierigkeiten) und ein Vater (Gründe unbekannt) nahmen nicht bis zum Ende des Projekts an den Gesprächsrunden teil. Aufgrund der konstanten Teilnehmerzahl, die von ihrer Größe her ein intensives Gespräch zuließ, wurden in diese Gruppe keine neuen Teilnehmer aufgenommen. Zudem wurden die Eltern im Laufe der Sitzungen zunehmend miteinander vertraut, so daß auch sehr persönliche Themen zur Sprache kommen konnten. Diese Atmosphäre hätte unserer Ansicht nach durch neue Teilnehmer gestört werden können.

Jedes Treffen stand unter einem bestimmten Thema, das sich während der Diskussionen der vorhergehenden Sitzungen als bedeutsam herauskristallisiert hatte. Beispiele dafür sind Punkte wie Umgang mit Reizbarkeit, Aggressivität, Depression, Wesensänderungen beim Patienten, die erste Zeit nach dem Unfall, Suche nach einem Reha-Platz, Förderung oder Überforderung der Jugendlichen, Kontakt mit Ärzten und Therapeuten und Zukunftsperspektiven. Die Klinikmitarbeiter nahmen hierbei, abgesehen von erkennbaren Informationslücken bei den Angehörigen, im wesentlichen eine Moderatorfunktion ein. Zuletzt bleibt anzumerken, daß im Rahmen dieser Gruppen keine systematischen familien- oder anderweitige psychotherapeutische Interventionen geplant waren und durchgeführt wurden.

## Therapeutische Ansatzpunkte

Die Situation nach der Hirnschädigung des Jugendlichen stellt sich für jede Familie selbstverständlich etwas anders dar. So sind die Eltern je nach Art und Umfang der Funktionsstörungen beim Patienten mit unterschiedlichen Problemen konfrontiert. Das Bewältigungsverhalten in der jeweiligen Familie wird ferner durch die Persönlichkeit der Beteiligten und das spezifische Beziehungsmuster zwischen den Familienmitgliedern geprägt. Ein entscheidender Punkt ist auch, inwieweit sich die Tochter oder der Sohn vor der Hirnverletzung bereits vom Elternhaus gelöst hatte. Zusätzliche Schwierigkeiten ergeben sich, wenn neben dem erkrankten Kind noch Geschwister zu betreiben sind oder wenn ein Elternteil alleinerziehend ist. Schließlich ist zu berücksichtigen, ob die Familie in einen größeren Verwandtenkreis eingebunden ist. Auch das Ausmaß der finanziellen Ressourcen ist zu bedenken.

Trotz dieser und anderer Unterschiede zwischen den Familien wurden aber in den Gesprächsrunden bestimmte Problembereiche von allen teilnehmenden Eltern immer wieder thematisiert. Diese Probleme und Ansätze zu deren Bewältigung sollen im folgenden als Anregungen für die weitere Suche nach Verbesserung der Angehörigenbetreuung dargestellt werden.

### *Unsicherheit über die Leistungsfähigkeit der Jugendlichen*

Die meisten Eltern waren auch mehrere Jahre nach der Hirnschädigung ausgesprochen unsicher darüber, was sie den Jugendlichen wieder zutrauen können. Sie wer-

den ständig mit den Wünschen der Jugendlichen konfrontiert, verschiedene Aktivitäten oder Unternehmungen wieder ausführen zu wollen, so wie es vor der Hirnverletzung selbstverständlich war. Einige dieser Wünsche sind eindeutig nicht mehr realisierbar, worauf im nächsten Punkt eingegangen wird. Doch ist bei der Mehrzahl der angestrebten Aktivitäten alles andere als klar, bis zu welchem Grad eine Ausführung möglich ist. Problematisch ist allerdings, daß viele Betätigungen angesichts der jeweils bestehenden Beeinträchtigungen der Jugendlichen ernstzunehmende Gefahren in sich bergen, beispielweise Einkaufen ohne Begleitung, Fahrradfahren, sonstige sportliche Aktivitäten oder Reisen. Die Eltern befinden sich ständig in dem Dilemma, einerseits ihre Kinder vor diesen Gefahren bewahren zu wollen, andererseits aber dadurch die Möglichkeit zu beschneiden, daß ihre Kinder Erfahrungen hinsichtlich ihrer Fähigkeiten und Leistungsgrenzen sammeln können. Dabei wird oft zu einseitig auf das „Bewahren“ gesetzt, da die generellen Befürchtungen der Eltern durch den bereits eingetretenen Unfall, bei dem es zu einer Hirnverletzung kam, voll bestätigt worden sind.

Es geht aber nicht nur um Aktivitäten, bei denen ein Unfall befürchtet werden muß, sondern auch um Unternehmungen, die für hirnerkrankte Jugendliche wahrscheinlich zu herben Enttäuschungen führen werden. In vielen Bereichen können sie mit Gleichaltrigen nicht mehr mithalten oder gar konkurrieren. Der Besuch einer Diskothek, eines Tanzkurses oder anderer Veranstaltungen kann zu der bedrückenden Erfahrung führen, an Attraktivität verloren zu haben oder gar als Behinderter zu gelten. Nicht selten bekommen die Eltern den Vorwurf zu hören, daß sie dies doch hätten wissen müssen und ihren Kindern manches hätten ersparen können. Auch hier erhebt sich für die Eltern die Frage, ob sie die Jugendlichen vor solchen Erlebnissen schützen sollen oder ob es für die Jugendlichen besser ist, sich diesen schwierigen Erfahrungen frühzeitig zu stellen.

Eine Schuldzuweisung in Sinne von „Overprotection“ ist in der Mehrzahl der Familien wenig hilfreich. Dafür sind die Gefahren, die sich aus den diversen Funktionsstörungen ergeben, zu real. Selbst bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel sind die Auswirkungen von Störungen der Fortbewegung, der Orientierung und der Aufmerksamkeit alles andere als trivial. Andererseits kommen die Eltern nicht an der Tatsache vorbei, daß die bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich dessen, was wieder möglich ist, nur zu mindern sind, wenn die in Frage kommenden Aktivitäten ausprobiert werden. Dies bleibt prinzipiell mit einem Risiko verbunden, welches die Eltern meist mit Berufung auf den Unfall, der zur Hirnverletzung geführt hat, zu pauschal und undifferenziert auszuschalten versuchen.

Hilfreich ist bereits der Hinweis, daß eine Erziehung immer mit einem solchen Risiko verbunden ist. Dies war vor der Hirnverletzung nicht anders. Grundlegend geändert hat sich allerdings, daß nun die Eltern über keinen Erfahrungsaustausch und keine Vergleichsmöglichkeiten mit anderen betroffenen Familien verfügen, wie dies früher bei vielen Erziehungsfragen möglich war, so wie auch gesunde Jugendliche auf andere Familien verweisen können, in denen diverse Unternehmungen erlaubt sind. Doch welche Vergleichsmöglichkeiten haben hirnerkrankte Jugendliche? Ge-

rade in diesem Punkt kann eine Elterngruppe sehr hilfreich sein und nützliche Vorgehensweisen vermitteln. Problematisch ist es nämlich, wenn die Eltern nur Verbote aussprechen und keine Angebote zur Verfügung haben. Die betroffenen Jugendlichen erleben zur Genüge, was nicht mehr geht. Eine mögliche Strategie besteht darin, zu den risikoreichen Unternehmungen Alternativen zu suchen, wo die Jugendlichen gefahrloser ihre Grenzen ausprobieren können. Ein schrittweises Vorgehen, z. B. anfangs in Begleitung der Eltern etwas zu unternehmen, stellt eine weitere Möglichkeit dar. Hier können sich die Eltern über die Leistungsfähigkeit des Jugendlichen ein authentisches Bild machen. Auch vergessen manche Eltern, ihre eigenen Ängste und Befürchtungen den Jugendlichen anders als in der Form ängstlicher Verbote verständlich zu machen. Letztendlich sollten alle Beteiligten gemeinsam herausfinden, wo die Grenzen der Leistungsfähigkeit liegen.

### *Probleme mit der mangelnden Einsicht der Jugendlichen*

Im Zusammenhang mit den obigen Ausführungen wird von den Eltern stets die mangelnde Einsicht der Jugendlichen hinsichtlich der Realisierungsmöglichkeiten ihrer Wünsche beklagt. Meistens stehen die Eltern dem sehr hilflos gegenüber. Die Teilnehmer schilderten, daß sie vor allem in der ersten Zeit nach der Hirnverletzung versucht hätten, den Jugendlichen von der Undurchführbarkeit mancher Pläne wie gewohnt vernunftgemäß zu überzeugen. Dies führte häufig nur zu langwierigen, aber nutzlosen Diskussionen, die mit Streit und Verstimmung endeten. Solche für beide Seiten unschönen Situationen wären aber vermeidbar gewesen. Den Hinweis, daß die Beeinträchtigungen der Einsichtsfähigkeit zumindest teilweise mit den hirnschädigungsbedingten Störungen in Zusammenhang stehen, bekamen die Eltern oft nur am Rande und sehr spät. Erst im Laufe der Zeit lernten sie, manche dieser fruchtlosen Diskussionen zu umgehen, indem sie die Klärung auf die Zukunft verschoben, d.h. vom weiteren Genesungsverlauf abhängig machten.

Eine solche Strategie ist natürlich in einer späteren Phase nicht mehr so ohne weiteres anwendbar. Hier ist es angezeigt, daß sich die Eltern von „objektiven“ Instanzen Hilfe holen, die gegebenenfalls auch die Ansicht der Eltern über die Undurchführbarkeit mancher Unternehmung zu korrigieren vermögen. Eine solche Anlaufstelle kann z. B. der Therapeut oder Arzt der Rehabilitationseinrichtung sein, der in dieser Beziehung etwas mehr Einfluß auf den Patienten hat als die Eltern. Unter Umständen läßt sich in der Klinik auch ein Treffen mit anderen betroffenen Jugendlichen arrangieren, um realistischere Einstellungen zu fördern. Doch werden die Klinikmitarbeiter zu selten oder oftmals sehr spät eingeschaltet. Eine andere Möglichkeit ist die Einbeziehung der Freunde, sofern zu solchen noch Kontakt besteht. Auch von ihnen lassen sich die hirnverletzten Jugendlichen manches eher sagen als von den Eltern. Zuletzt soll hinsichtlich des von den Jugendlichen oft diskutierten Themas des Autofahrens auf die Organisation des TÜV als unabhängige Instanz hingewiesen werden.

## *Die Eltern als Therapeuten*

Die Übernahme der Therapeutenrolle fällt vielen Eltern erwartungsgemäß nicht schwer. Häufig unterstützen die Klinikmitarbeiter diese Position zu unreflektiert, denn die Rolle des Therapeuten oder Pädagogen birgt einige problematische Züge in sich, auf die Eltern vorbereitet werden sollten. In vielen Fällen werden die Eltern nur unzureichend über Ziele und Methoden von therapeutischen Übungsprogrammen bei hirngeschädigten Patienten aufgeklärt. Daraus resultiert die Gefahr, daß sie unbeabsichtigt den Patienten fortwährend überfordern. Komplikationen entstehen zusätzlich, wenn Vorwürfe über eine anscheinend unzureichende Anstrengungsbereitschaft hinzukommen („Wenn du dich mehr anstrengen würdest, dann . . .“). Vieles bei der Wiederherstellung nach einer erworbenen Hirnschädigung ist mit den Lehrmethoden bei gesunden Kindern und Heranwachsenden nicht vergleichbar und führt zu schwerwiegenden Mißverständnissen. Schließlich besteht für die Familie die Gefahr, daß die Eltern zu „Dauer-Kritikern“ werden. Im Falle von Sprachstörungen ist allseits bekannt, wie hemmend eine permanente Korrektur von Fehlern wirken kann. Im Extremfall wird der inhaltliche Aspekt von Gesprächen völlig von therapeutischen Faktoren verdrängt. Die Folge ist, daß sich die Jugendlichen immer mehr von der Kommunikation in der Familie ausschließen.

## *Unsicherheit über die Art und das Ausmaß notwendiger Hilfe*

Viele Jugendliche sind nach der Hirnschädigung wieder auf die Hilfe der Eltern angewiesen. Dies ist vor allem in der ersten Zeit der Fall. Doch bereits hier ist es wichtig, die Bedürfnisse und Wünsche der Jugendlichen nicht einfach zu übergehen, auch wenn ihr Bewußtseinszustand starken Schwankungen unterworfen ist und sie sich noch kaum sprachlich ausdrücken können. Aufgrund ihrer Hilflosigkeit werden die Jugendlichen nur zu leicht als Kleinkinder behandelt, für die die Eltern alles, bis zu den alltäglichsten Dingen, zu entscheiden haben. Die Eltern sollen zumindest versuchen, eventuell über eine rudimentäre Zeichensprache, den Patienten miteinzubeziehen. Doch werden die Eltern häufig auf diesen Aspekt gar nicht aufmerksam gemacht.

Der Zustand, in fast allen Dingen passiv auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein, ändert sich im Lauf der Zeit, je nach Schweregrad der Funktionsstörungen, schneller oder langsamer. Das Gefühl der Eigenständigkeit wird gerade dann für die Jugendlichen immer bedeutsamer. Diese Bedürfnisse scheinen jedoch von vielen Eltern viel zu spät wahrgenommen oder falsch interpretiert zu werden („Warum wird jetzt meine Hilfe zurückgewiesen?“). Die Gratwanderung zwischen notwendiger und überflüssiger Hilfestellung setzt sich auch im weiteren Verlauf fort. Anzuführen sind beispielsweise die Probleme, ob die Eltern bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz oder bei der Aufrechterhaltung der Kontakte zu früheren Freunden eine Art Vermittlerfunktion einnehmen sollen. In diesen Fällen gibt es

keine einfachen Lösungsrezepte. So kann es sehr hilfreich sein, wenn die Eltern frühere Freunde noch in der Akutphase einbeziehen und ihr Engagement unterstützen. Häufig wird wertvolle Zeit verloren, wenn alles dem natürlichen Lauf der Dinge überlassen bleibt. Denn dies sieht meistens so aus, daß die Freunde sich nach anfänglichem Interesse wieder zurückziehen und gerade für einen späteren Zeitraum nicht mehr zu Verfügung stehen, um der Gefahr der sozialen Isolierung behinderter Personen entgegenzuwirken.

Neben solchen sinnvollen Vermittlerfunktionen können aber genügend alltägliche Situationen ausgemacht werden, in denen Hilfestellungen oder ängstliche Warnungen wie „Paß auf, sei vorsichtig!“ verbunden mit der Botschaft: „Ich traue dir nichts zu“ nicht mehr erforderlich sind. Zumindest hier kann auf eine Bevormundung verzichtet werden. Entscheidend ist, daß die Eltern das Bedürfnis der Jugendlichen nach Eigenständigkeit besser verstehen und immer dort, wo es möglich ist, auch respektieren.

### *Umgang mit Reizbarkeit und Aggressivität*

Häufig wird von den Eltern über eine erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität der Jugendlichen geklagt. Unerwartet und oft erschreckend ist die Stärke und die Unmittelbarkeit des gezeigten Ärgers, der mit dem Anlaß kaum in Beziehung zu stehen scheint. Diagnostisch wird zwar zwischen Reizbarkeit als psychogener Reaktion und organisch bedingten Aggressionsausbrüchen unterschieden, eine solche Differenzierung ist aber in der alltäglichen Praxis schwierig. Für die Eltern sind wiederholte Informationen, daß eine erhöhte Aggressivität direkt oder indirekt durch die Hirnschädigung mitbedingt ist, jedenfalls hilfreich. Den Eltern ist zwar verständlich, daß die Patienten „dünnhäutiger“, nervöser und empfindlicher geworden sind. Schwer nachzuvollziehen ist es jedoch, daß die Patienten ihre Gefühle nicht mehr so wirksam wie ein Gesunder steuern können und normalerweise irrelevante Reize völlig unerwartete Reaktionen hervorrufen. Oftmals wird nämlich das aggressive Verhalten der Jugendlichen ganz persönlich genommen. Das Resultat sind schwer auflösbare Beziehungskonflikte, die die Situation noch mehr komplizieren. Allgemein zeigten die Erfahrungen der Teilnehmer, daß man nach derartigen Aggressionsausbrüchen, wenn sich die Jugendlichen wieder beruhigt haben, ein Gespräch mit ihnen ohne Vorhaltungen suchen sollte, denn oft sind sie selbst von diesen Ausbrüchen überrascht und beschämt.

Für die Eltern ist es nützlich, herauszufinden, wann solche aggressiven Ausbrüche auftreten. Diese können z. B. aus Überlastungssituationen resultieren, die mit einiger Erfahrung vermeidbar sind. Zu bedenken ist ferner, daß ein Anlaß, der für Außenstehende geringfügig erscheint, für die Jugendlichen selbst von erheblicher Bedeutung ist. Mögliche Gründe sind bereits angesprochen worden. Die Patienten erleben die erneute Abhängigkeit von den Eltern als Einschränkung, auf die sie entsprechend reagieren. Weiterhin bekommen die Jugendlichen von den Eltern überwiegend Warnungen und Verbote zu hören. Zu bedenken ist auch die Therapie-

tenrolle der Eltern, die solche Ausbrüche mitverursachen kann, welche wiederum die Eltern in der Meinung, nur das Beste zu tun, nicht verstehen.

Letztendlich müssen die Eltern aber auch Grenzen setzen, wobei oftmals klare Signale notwendig sind. Dies wird häufig aufgrund einer als notwendig angesehenen Rücksichtnahme auf den Erkrankten erst sehr spät realisiert. Für die Jugendlichen ist es für den weiteren Lebensweg aber von großer Bedeutung, durch die Erfahrung solcher Grenzen ihre Stimmungen wieder besser kontrollieren zu lernen.

## *Versagensgefühle der Eltern*

Viele Gedanken der Teilnehmer kreisten um die Frage, ob sie alles richtig gemacht haben. Eventuell wäre manche Beeinträchtigung durch eine effektivere Akut-Behandlung in einem anderen Krankenhaus vermeidbar gewesen. Es bestehen Zweifel hinsichtlich der Wahl der Rehabilitationseinrichtung. Vielleicht hätte man sich in der ersten Phase überhaupt intensiver um den Patienten kümmern sollen. Schließlich machen sich die Eltern Gedanken, ob sie die therapeutischen Übungen zu Hause ausreichend gefördert haben. Vielleicht hätte man auch als Vermittler beispielsweise bei der Lehrstelle oder dem Arbeitsplatz mehr tun müssen. Manchmal wurde dem Jugendlichen etwas erlaubt, das dann nicht gut ausgegangen ist. Verschiedene Verhaltensauffälligkeiten (Reizbarkeit, Verschlossenheit) wurden dahingehend interpretiert, daß man bei bestimmten Dingen falsch reagiert hat. Einige Eltern bewerten es ausschließlich als ihre Schuld, daß sie keinen Zugang mehr zu ihren Kindern finden.

Hier ist es wichtig, daß die Eltern ausführlicher über den Verlauf der Wiederherstellung nach einer Hirnschädigung informiert werden, damit sie die auftretenden Phänomene besser einordnen können. Sie müssen darüber aufgeklärt werden, was unter den gegebenen Umständen erwartet werden kann und welche Dinge vorerst nicht vorausgesetzt werden können. Die Eltern sollten darüber Bescheid wissen, daß der Prozeß der Wiederherstellung nach einer Hirnschädigung sehr kompliziert ist. Gebrauchsfertige Standardlösungen und -rezepte für die Bewältigung der Spätfolgen existieren ebenfalls nicht. Es ist vielmehr notwendig, daß effektive Strategien von allen Beteiligten erst erarbeitet und ausprobiert werden. Dabei ist es unvermeidlich, daß Fehler gemacht werden, ja gemacht werden müssen, um weiterzukommen. Diese Einstellung ist durch einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen wesentlich leichter vermittelbar als in wenigen Einzelgesprächen zwischen Eltern und Mitarbeitern des Behandlungsteams.

## Fazit

Aus den Rückmeldungen der Teilnehmer war zu entnehmen, daß sie sich solche Gesprächsrunden schon viel früher gewünscht hätten. Wie bereits erwähnt, waren

bei Beginn der Gruppen bereits drei bis fünf Jahre seit der Hirnverletzung des Sohnes oder der Tochter vergangen. Fast alle Eltern berichteten über psychische und vegetative Beschwerden wie Nervosität, innere Anspannung, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit, Erschöpfungszustände, Schlaf- und Appetitstörungen. Die Hauptbelastung liegt nach Ansicht der Teilnehmer vor allem in den über einen langen Zeitraum bestehenden Anforderungen, die ein tagtägliches Umgang mit den Jugendlichen mit sich bringt. Dafür steht aber keine ausreichende Handlungskompetenz zur Verfügung. Hinzu kommt die ständige Sorge darum, wie es sein wird, wenn der Sohn oder die Tochter ohne die Hilfe der Eltern auskommen muß.

Die Eltern bestätigten, daß schon der Austausch mit anderen Personen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, eine emotionale Entlastung mit sich gebracht hat. Solche Gespräche waren selbst mit nahestehenden Bekannten nicht möglich, weil diese sich kaum in ihre Lage hineinversetzen konnten. Zudem bestand die Befürchtung, anderen zur Last zu fallen. Viele der betroffenen Eltern konnten erst in der Gruppe über ihre beständigen Unsicherheiten und Befürchtungen sowie allgemein über ihr Befinden erzählen und erfuhren zum erstenmal konkret, daß auch andere Familien mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben.

Ein weiterer Beitrag zur emotionalen Entlastung war die Einsicht, daß eine Reihe innerfamiliärer Auseinandersetzungen nicht allein auf persönliches Versagen zurückzuführen ist, sondern mit den Auswirkungen der Hirnverletzung ihres Kindes zusammenhängt. Obwohl die Teilnehmer inzwischen über die Folgen einer Hirnverletzung einiges theoretisches Wissen erworben hatten, blieben die konkreten Auswirkungen dieser Beeinträchtigungen auf den Alltag und das Familienleben größtenteils im unklaren. Hier haben Klinikmitarbeiter eine oft nicht ausreichend erkannte Informantenrolle. In ihrer Teilnahme an solchen Gruppen liegt ein wesentlicher Vorteil gegenüber reinen Selbsthilfegruppen. Eine weitere Aufgabe der professionellen Helfer liegt in der Ermutigung der Betroffenen, intensiver den Kontakt zu Ärzten und Therapeuten zu suchen. Die meisten Eltern assoziieren die Rehabilitation weitgehend mit Trainingsmaßnahmen zur Verminderung diverser Funktionsstörungen, während die oben beschriebenen und andere Alltagsprobleme als privates Schicksal erachtet werden, mit denen die Betroffenen selbst zurechtkommen müssen und die eigentlich nicht zur Rehabilitation gehören. Viele dieser Schwierigkeiten werden somit gar nicht in die Behandlung eingebracht oder nur am Rande vermerkt. Allerdings wird diese Sichtweise im Routineablauf der Rehabilitation von Mitgliedern des Behandlungsteams vieler Einrichtungen begünstigt, die im Grunde eine ähnliche Trennung vornehmen.

Erschwerend kommt hinzu, daß viele Probleme des Alltags erst nach Abschluß der Rehabilitation voll zum Tragen kommen und dafür keine Standardrezepte existieren, die den Betroffenen vermittelt werden könnten. Die Anpassung an bleibende Behinderungen ist sowohl für die Patienten als auch für die Eltern ein langwieriger Lernprozeß. Oft müssen die Eltern nach einer Reihe leidvoller Erfahrungen nützliche Vorgehensweisen alleine herausfinden, was sich durch eine adäquate Betreuung zumindest abkürzen ließe. Hilfreich wäre bereits, die Einstellung zu vermitteln,

„Fehler“ nicht als persönliches Versagen zu interpretieren, sondern als Notwendigkeit eines jeden Lernvorgangs zu sehen. Dafür ist jedoch ein Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen wichtig, eine Gelegenheit, bei der Anregungen, etwas auszuprobieren, zu bekommen sind und Rückmeldungen über den Erfolg oder Mißerfolg diskutiert werden können. Ist dies nicht möglich, droht die Gefahr, daß sich die Familie bei der Bewältigung der Lebensumstände in eine Sackgasse manövriert und keine Alternativen entwickeln kann, weil diese nicht bekannt sind. Gerade an diesen Punkt kann eine Elternbetreuung in Gruppen ansetzen.

Solche Gruppen sollten deshalb möglichst frühzeitig beginnen und parallel zur Behandlung der Jugendlichen stattfinden. Dem steht jedoch oft entgegen, daß sich die rehabilitativen Einrichtungen fern des Wohnorts der betroffenen Familien befinden. Dringend erforderlich wäre auf jeden Fall eine ambulante psychologische Betreuung oder Beratung nach Abschluß der Behandlung. Dabei ist eine Reihe von Variationen der dargestellten Vorgehensweise denkbar, etwa die Einbeziehung der Jugendlichen oder die Mitarbeit erfahrener Betroffener (Pössl, 1996). Gerade in dieser Phase, in der substantielle Funktionsverbesserungen nicht mehr zu erwarten sind und die Anpassung an eine bleibende Behinderung geleistet werden muß, sind die Familien in dieser Hinsicht auf sich alleine gestellt. Der Hauptteil der Nachbehandlung beschränkt sich auf die medizinische Betreuung sowie auf verschiedene Funktionstherapien (Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie). Nachteilig wirkt sich zudem aus, daß die Mehrzahl der Mitarbeiter psychologischer Beratungsstellen mit den Folgen einer Hirnschädigung nicht vertraut ist. Gefragt sind deshalb neue Konzeptionen und flexiblere Organisationsformen, um die psychosoziale Anpassung von Familien mit einem hirngeschädigten Mitglied wirkungsvoll zu unterstützen.

## Danksagung

Die Durchführung der Elterngruppe war Bestandteil eines Projekts zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung in der neuropsychologischen Rehabilitation, das durch eine Sachbeihilfe der Robert Bosch Stiftung (Nr.: 11.5.1082.0016.) finanziell unterstützt wurde.

## Literatur

- Brooks, D. N. (1991). The head-injured family. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13, 155-188.
- Florian, V. & Katz, S. (1991). The other victims of traumatic brain injury: consequences for family members. *Neuropsychology*, 5, 267-279.
- Lezak, M. D. (1987). Brain damage is a family affair. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10, 111-123.

- Livingston, M. G., Brooks, D. N. & Bond, M. R. (1985 a). Three months after severe head injury: psychiatric and social impact on relatives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, und Psychiatry*, 48, 870-875.
- Livingston, M. G., Brooks, D. N. & Bond, M. R. (1985 b). Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 48, 876-881.
- Maus-Clum, N. & Ryan, M. (1981). Brain injury and the family. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 16, 36-44.
- McMordie, W.R., Rogers, K.F. & Barker, S.L. (1991). Consumer satisfaction with services provided to head-injured patients and their families. *Brain Injury*, 5, 43-51.
- McNeny, R. & Wilcox, P. (1991). Partners by force. The family and the rehabilitation team. *NeuroRehabilitation*, 1, 7-17.
- Moffat, N. (1987). Brain damage and the family. In J. Orford (Hrsg.), *Coping with Disorder in the Family* (S. 240-265). London Sydney: Croom Helm.
- Orsillo, S.M., McCaffrey, R. J. & Fisher, J. M. (1993). Siblings of head-injured individuals: A population at risk. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8, 102-115.
- Pössl, J. (1996). *Problembereiche bei der psychologischen Betreuung hirngeschädigter Patienten*. Frankfurt/Main: Peter Lang
- Pössl, J. & Mai, N. (1996). *Rehabilitation im Alltag. Gespräche mit Angehörigen hirngeschädigter Patienten*. EKN-Materialien für die Rehabilitation. Dortmund: Borgmann.
- Schneider, U., Weißhaupt, G. & Mai, N. (1993). *Warum hat mir das niemand vorher gesagt? Erfahrungen jugendlicher Patienten mit Hirnverletzungen*. EKN-Materialien für die Rehabilitation. Dortmund: Borgmann.
- Tarter, S. B. (1990). Factors affecting adjustment of parents of head trauma victims. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 5, 15-22.