

## Artikel Wachkoma

### Psychotherapeutische Behandlung schwerer Verhaltensstörungen nach Hirnschädigungen

Dipl. Psych. Gisela Erdmann

(Klinische Neuropsychologin GNP, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin)

Dipl. Psych. Ralf Heindorf

(Klinischer Neuropsychologe GNP, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)

Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Friedehorst  
Rotdornallee 64 – 28717 Bremen – Fon: 0421-6381-516 Email: heindorf.nrz@friedehorst.de

### Verhaltensstörungen nach Hirnschädigungen

Hirnschädigungen können zu schweren Beeinträchtigungen in ganz unterschiedlichen Funktionsbereichen führen. Jede dieser Beeinträchtigungen, sei sie motorisch, kognitiv oder sprachlich, zieht auch eine mehr oder weniger schwere Einschränkung im sozialen Leben nach sich. Die Behandlung dieser verfolgt zumeist das Ziel, durch die Erhöhung der Funktionsfähigkeit eine Verminderung der Einschränkungen im sozialen Leben zu erreichen. So sollen durch den Wiedererwerb der Gehfähigkeit die Einschränkungen, die sich durch eine Rollstuhlversorgung ergibt, verringert werden.

Besonders nach Schädelhirntraumen zeigt sich jedoch häufig ein Störungsbild, das bei relativ gut erhaltenen motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten durch zum Teil gravierende Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet ist. Dabei wird zwischen zwei groben Richtungen unterschieden: 1.) der **Plussymptomatik**, bei dem die Patienten ein enthemmtes ungesteuertes Verhaltensmuster zeigen und 2.) die sog. **Minussymptomatik**, bei der das Verhalten eher durch Hemmungsprozesse bestimmt zu sein scheint (Herrmann, 2000). Patienten mit Plussymptomatik wirken ruhelos oder euphorisch, haben einen nicht zu stoppenden Redefluss, Mangel an Takt und Zurückhaltung, zeigen Hyperaktivität oder Hypersexualität, Verlust moralischer oder ethischer Werte, häufig auch paranoide Gedanken oder Größenphantasien. Dieses Störungsbild ist äußerst auffällig und führt schon nach

kurzer Zeit zu zwischenmenschlichen Konflikten und sozialen Problemen, weshalb es auch als „Pseudo-Psychopathie“ benannt wurde. Angehörige beschreiben die Situation oft als „Leben neben einer Zeitbombe“.

Die Minussymptomatik ist als Gegenpol dazu durch eine schwere Verminderung von Antrieb und Motivation gekennzeichnet. Diese Patienten sind nicht in der Lage, elementare Wünsche ohne äußere Aufforderung zu befriedigen, überhaupt Ziele und Motive zu entwickeln oder ein Aktivierungsniveau aufrecht zu erhalten. Sie wirken meist sehr zurückgezogen, verharren ohne äußere Ansprache an einem Ort oder in einer Situation, können nicht sagen, was sie wünschen usw., weshalb als Beschreibung auch der Begriff der „Pseudo-Depression“ verwandt wurde.

Von Wood (2001) wurde in jüngster Zeit bei der Beschreibung von „neurobehavioral disabilities“ in Folge von Schädel-Hirn-Verletzungen neben Störungen von Antrieb, Arousal und Motivation (entspricht Minus-Symptomatik, Pseudo-Depression) und Störungen von Hemmungsprozessen und der regulierenden Kontrolle (Plus-Symptomatik, Pseudo-Psychopathie) noch die Ebene der Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Gemeint ist eine Änderung präorbider Gewohnheiten, Wesenszüge, Vorlieben und Verhaltensmustern, bei der es zu einer oft sozial nicht mehr angemessenen Akzentuierung präorbider Persönlichkeitszüge oder Verhaltensmuster kommt, oder aber auch zu einer völligen Veränderung. Z.B. eine früher ungekannte Gleichgültigkeit gegenüber dem Wohlergehen anderer, ein Verlust an emotionaler Wärme und Empathie und eine egozentrische, manchmal kindlich-egoistische Haltung sind häufig geschilderte und von Angehörigen schwer akzeptierbare Veränderungen nach Hirnschädigung. Dies führt im familiären Umfeld zu vielen Konflikten, z.B. wird eine Ehe durch veränderte Rollen („ich hab jetzt drei Kinder statt zwei“) verändert oder zerstört. Ferner kann es massive Auswirkungen auf die eigenen Kinder haben, die diese Veränderung nicht verstehen, auf sich beziehen und nun ebenfalls Verhaltensstörungen – in diesem Fall reaktive – zeigen können.

Im Allgemeinen werden derartige schwere Veränderungen von Antrieb, Steuerungsfähigkeit oder Persönlichkeitseigenschaften mit Läsionen frontaler und temporaler Hirnareale in Verbindung gebracht. So auch

bei den bekanntesten Fällen wie Phineas Gage mit links frontalen Schädigungen (Macmillan, 1996) oder Elliot mit bilateralen frontalen Läsionen (Damasio, 1994). Es gibt jedoch vielfältige Hinweise, dass auch bei Läsionen anderer Hirnregionen (vor allem subkortikaler, limbischer Strukturen) Verhaltensstörungen auftreten können.

### **Bedingungsgefüge schwerer Verhaltensstörungen**

Am Beginn jeglicher Behandlung von Verhaltensstörungen nach Hirnschädigung ist es zunächst unabdingbar das Bedingungsgefüge zu klären und herauszufinden, auf welcher der drei oben genannten Ebenen die Problematik zuzuordnen ist. Ist ein auffälliges Verhalten wirklich direkt auf die Hirnschädigung zurückzuführen (primäre Ebene), ist sie Folge anderer primärer Schädigungen wie z.B. von Gedächtnisstörungen, die eine Bewältigung von Anforderungen schwerer machen und deshalb zu unkontrollierten Verhaltensausrüchen führen (sekundäre Ebene) oder sind sie Folge der psychischen Bewältigung und eine Reaktion auf die gesamte veränderte Lebenssituation (tertiäre Ebene)? Um dies herauszufinden wird zunächst eine sog. Problemanalyse (Tuschen, 1996) durchgeführt, bei der folgende Ebenen genau analysiert werden:

die prämorbid Persönlichkeit (z.B. wichtig für verschiedene Coping-Stile) Traurigkeit und Verzweiflung können temporär sehr angemessene Verhaltensweisen sein und sind erst, wenn sie Anpassung und Neuorientierung verhindern, als Störung zu bewerten.

die reaktive Verarbeitung des Ereignisses (die wiederum durch verschiedene Bedingungen bestimmt sein kann z.B. Schuld, Reue etc.)

Umgebungsbedingungen (z.B. die Kooperation und Geduld von Angehörigen, Toleranz am Arbeitsplatz etc.) Die Reaktion der Angehörigen kann u.U. Verhaltensstörungen verstärken und aufrechterhalten.

erworbene kognitive Beeinträchtigungen (z.B. mnestiche Defizite, Aufmerksamkeitsprobleme, kognitive Verlangsamung etc.)

erworbene emotionale oder kognitive Verhaltensdysregulation, also neurobehavioural disabilities oder dysexekutive Syndrome.

Dabei ist es häufig sehr schwierig, die einzelnen Ebenen genau zu unterscheiden und das Problemverhalten einzugrenzen. Besondere Vorsicht bei der Interpretation von Verhaltensweisen und Äußerungen ist unserer Ansicht nach jedoch dann geboten, wenn die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit eines Menschen schwer beeinträchtigt sind. Hier besteht die Gefahr, dass das gezeigte Verhalten eines Patienten zur Projektionsfläche der Gefühle von Betreuenden wird. Dies ist vor allem in schweren Remissionsphasen nach Koma der Fall, wenn die Patienten anscheinend wach am Alltag teilnehmen, ohne jedoch direkt auf diesen Einfluss nehmen zu können.

#### Ein Fallbeispiel:

Ein Patient, der repetitiv mit dem Bein gegen das Bettgitter stößt (was autoaggressiv wirkt), muss damit nicht zwangsläufig einen fehlenden Lebenswillen mitteilen wollen. Die Absicht, nicht mehr leben zu wollen, setzt eine Vielzahl kognitiver Analysen voraus, wie die Wahrnehmung der eigenen Situation, den Abgleich mit einer früheren (besseren?) Lebenssituation, die Analyse, dass es so nicht weiter geht und nicht besser werden wird und letztendlich die Entscheidung, nicht mehr leben zu wollen. Bevor wir folglich die weitreichende Interpretation treffen, ob ein Patient nicht mehr leben will, sollten wir zunächst analysieren, ob dieser Patient zu solchen kognitiven (und emotionalen) Verarbeitungsschritten in der Lage sein könnte. Sein Verhalten ist als Ausdruck einer Reaktion auf externe und interne Reize / Situationen zu verstehen, für die eine möglichst plausible Erklärung im Rahmen einer Problemanalyse notwendig ist.

Kann man also davon ausgehen, dass es weniger interne Zustände, Gedanken, Motivationen sind, die zu dem Verhalten führen, sollte man zunächst beobachten, ob ein Verhalten in Abhängigkeit von bestimmten Situationsaspekten auftritt. Es ist unerlässlich, alle Fähigkeiten der

Patienten genau zu bestimmen, um das gezeigte Verhalten adäquat einordnen zu können.

Die Problemanalyse dient folglich dazu, dem Therapeuten eine Suchrichtung vorzugeben, in der er eine genauere Diagnostik durchführen sollte.

### **Diagnostik schwerer Verhaltensstörungen**

In Anlehnung an O'Hara (1988) und Miller (1993) gilt als Grundsatz jeglicher psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung von hirngeschädigten Patienten, dass die Ebenen Denken, Fühlen und Handeln (Kognition, Emotion und Verhalten) gleichwertig beachtet und behandelt werden müssen. Keine der drei Ebenen darf außer acht gelassen werden.

Kognitive Beeinträchtigungen (**Kognition**) werden in der neuropsychologischen Diagnostik mit Hilfe von Testverfahren identifiziert (Lezak, 1994; Sturm, 2000). Das Ziel einer eher psychotherapeutisch orientierten Diagnostik ist hingegen, im Gespräch das subjektive Erleben des Patienten zu erfahren und seine aktuelle Gefühlslage (**Emotionen**) zu eruieren. Ohne eine genaue Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten eines Patienten ist es allerdings kaum möglich, die Ergebnisse einer psychotherapeutischen Diagnostik einzuschätzen. Eine verhaltenstherapeutische Diagnostik (**Verhalten**) basiert im wesentlichen auf einer Beschreibung des Verhaltens in Abhängigkeit von der Situation. Ziel ist es, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen von Verhaltensweisen (zu denen auch Gedanken gezählt werden) festzustellen (Wesolowski & Zencius, 1994).

Aus den einzelnen diagnostischen Informationen wird dann als Resultat ein Erklärungsmodell aufgestellt, aufgrund dessen der Schwerpunkt der Behandlung festgelegt wird.

### **Psychotherapeutische Behandlungsverfahren bei schweren Verhaltensstörungen nach Hirnschädigungen**

Die Behandlung kognitiver Störungen erfolgt in der **neuropsychologischen Therapie**. Ziel ist dabei, die schwerwiegendsten kognitiven Beeinträchtigungen dadurch zu minimieren, dass diejenigen kognitiven

Funktionen trainiert werden, die diesen Fähigkeiten unterliegen. So wird z.B. davon ausgegangen, dass schwere Verhaltensstörungen in einem engen Zusammenhang zu Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen stehen (Störungen des Planens, Problemlösens, logischen Schlussfolgerns, der Eigen- und Fehlerkorrektur). Derartige Beeinträchtigungen werden in sog. „Problemlösetrainings“ therapiert, die einzeln und in Gruppen durchgeführt werden können. Ziel dieser Problemlösetherapie ist es, im Sinne einer eher kompensatorischen Methode, Prozesse des Problemlösens zu verdeutlichen, Methoden der Analyse von Problemen aufzuzeigen und einzuüben, Problemlösungen selbständig zu organisieren und durchzuführen und letztendlich eine Analyse dahingehend durchzuführen, inwiefern eine erwünschte Lösung des Problems erreicht worden ist. Dies wird an typischen Problemen, wie dem Erfragen von Abfahrtszeiten oder Haltestellen von Bussen, der Planung eines Arbeitstages mit mehreren dienstlichen und privaten Terminen und z.B. der Planung einer großen Geburtstagsfeier geübt.

Die bei klassischen emotionalen Beeinträchtigungen notwendige herkömmliche **psychotherapeutischer Behandlung** ist nur dann sinnvoll, wenn die Verhaltensauffälligkeiten als Reaktionen auf die erlebte Situation (z.B. Behinderungen) anzusehen sind (tertiäre Ebene). Es sollte jedoch beachtet werden, dass eine herkömmliche Psychotherapie die weitgehende Intaktheit des kognitiven Systems voraussetzt und hohe Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit stellt (eine Aufzählung der für eine erfolgreiche Therapie notwendigen Funktionen findet sich bei Miller, 1993). Deshalb gelten für die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Hirnschädigungen (besonders mit schädelhirnverletzten Patienten) besondere Regeln. Die Hauptaufgabe des Therapeuten sollte hierbei die Übernahme eines Hilfs-Ichs sein, das dem Patienten ein Modell für seine Störungen anbietet, ihm realistische Ziele und Bewältigungsstrategien aufzeigt, hilft Entscheidungen zu fällen, auf kommende psychosoziale Anforderungen vorbereitet und die äußeren Hilfssysteme des Patienten aktiviert. Es geht folglich nicht darum – wie in der klassischen Psychotherapie – dem Patienten eine eigene Erkenntnis seiner Problemlage zu ermöglichen, aus dem heraus der Patient seine eigenen Lösungen entwickelt und umsetzt, sondern vielmehr die vom Therapeuten vorgegebenen Erklärungsmodelle und

Lösungen zu akzeptieren, um eine möglichst optimale Einbindung in das soziale Umfeld zu ermöglichen (Miller, 1991).

Der besondere Vorteil der Verhaltenstherapie, die sich als Behandlungsmethode für die Ebene des **Verhaltens** etabliert hat, besteht darin, dass sie einerseits bei schweren kognitiven Beeinträchtigungen einsetzbar ist und andererseits auch ohne direktes (und motiviertes) Mitwirken des Patienten durchführbar ist. Dies ist vor allem bei Patienten mit Störungen von Antrieb, Arousal und Motivation als auch bei Patienten mit Störungen von Hemmungsprozessen und der regulierenden Kontrolle überzufällig häufig. Dabei werden drei wesentliche Grundrichtungen unterschieden: 1. die verstärker-orientierte Methode, 2. die kognitiv-behaviorale Methode und 3. die Methode komplexer Therapieprogramme (zumeist in Gruppen). Bei der verstärker-orientierten Methode werden die verstärkenden Folgen von Handlungen unterbunden (Time-Out) oder ein erwünschtes Verhalten wird systematisch verstärkt. Dabei werden häufig sog. Token-Programme etabliert, bei denen zunächst Verstärkungen mit Symbolen (Tokens) erfolgen und später (nach festen Regeln) direkte Verstärkungen stattfinden.

Wesentlich erscheinen bei solchen Therapieprogrammen zwei Dinge: 1. der Patient muß in der Lage sein, den Zusammenhang zwischen Token (Belohnungspunkt) und späterer konkreter Verstärkung zu erfassen und 2. muß mit dem „Abtrainieren“ eines unerwünschten Verhaltens immer auch der Aufbau eines neuen erwünschten Verhaltens verbunden sein. Grundsätzlich gilt, dass derartige Programme nur bei gleichzeitiger ausführlicher Dokumentation angewandt werden sollten und ein striktes Einhalten des Therapieablaufs erfordern. Der kognitiv-behaviorale Therapieansatz setzt ein gewisses Problembewusstsein des Patienten voraus und eine grundlegend vorhandene Einsichtsfähigkeit. Wesentlich an dieser Therapieform ist, dass durch Gespräche und Übungen Problembereiche erörtert und Lösungen gefunden werden. In Einzelsituationen wird versucht, Auslöser für das Problemverhalten zu identifizieren, alternative kognitive und verhaltensbezogene Reaktionen werden erarbeitet und durch vielfältiges Einüben in Rollenspielen und konkreten Situationen verfestigt (Manchester & Wood, 2001). Die dritte verhaltenstherapeutische Behandlungsform der komplexen Therapieprogramme umfassen zumeist für Gruppen entwickelte Therapieprogramme, bei denen bestimmte Fähigkeiten erworben wer-

den sollen wie z.B. Selbstsicherheit oder Problemlösefähigkeiten, die jedoch nicht speziell für hirngeschädigte Patienten entwickelt wurden. Solche Programme sind vor allem für diejenigen Patienten erfolgreich, deren Verhaltensstörungen nicht besonders ausgeprägt sind und die von ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit her in der Lage sind, den Inhalten einer solchen Therapie zu folgen und eigenständig diese Inhalte in den eigenen Alltag zu übertragen. Für Patienten mit Hirnschädigungen (besonders jugendliche SHT-Patienten) modifizierte Programme gelten als erfolgreich (BenYishay, 1990).

Welche psychotherapeutische Behandlungsmethode im Einzelfall anzuwenden ist, lässt sich jeweils nur aus der genauen Problemanalyse ableiten. Eine wesentliche Grundbedingung für eine erfolgreiche Behandlung scheint jedoch zu sein, dass zuvor oder parallel die kognitiven Kompetenzen im Rahmen einer neuropsychologischen Therapie so weit wie möglich verbessert wurden. Je größer die Einsichtsfähigkeit des Patienten ist, desto eher ist an eine kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie zu denken, während bei schweren Störungen und geringerer Einsichtsfähigkeit vor allem verstärkerorientierte Programme erfolgsversprechend sind.

### **Zusammenfassung**

Schwere Verhaltensstörungen zählen zu den häufigen Folgen von Hirnschädigungen insbesondere nach Schädel-Hirn-Trauma. Diese Beeinträchtigungen reduzieren häufig die Möglichkeiten der Patienten die sozialen und zwischenmenschlichen Anforderungen des Alltags zu bewältigen und führen zu Konflikten, sozialer Isolation oder beruflichem Abstieg. Bei schwersten Störungen besteht sogar die Gefahr einer dauerhaften Unterbringung in einer psychiatrischen Institution.

Die Behandlung einer solchen schweren Verhaltensstörung erfordert zunächst eine genaue Problemanalyse, in die gleichwertig die Ebenen Situation, Person des Patienten, Art der Hirnschädigung, Bewältigung der Erkrankung / Behinderung durch den Patienten eingehen. Bei der psychotherapeutischen Behandlung kommt vor allem den neuropsychologischen und verhaltenstherapeutischen Therapien eine große Bedeutung zu, während klassisch-psychotherapeutische Ansätze eher in den Hintergrund treten und einer ganz speziellen Methodik bedürfen.

Auf jeden Fall sollte beim Auftreten schwerer Verhaltensstörungen nach Hirnschädigungen zunächst ein klinischer Neuropsychologe (möglichst mit Akkreditierung durch die Gesellschaft für Neuropsychologie GNP) konsultiert werden. Für die Behandlung ist aufgrund der noch recht mangelhaften Versorgung im ambulanten Bereich bei schweren Verhaltensstörungen auch die Aufnahme (oder Wiederaufnahme) in einem neurologischen Rehabilitationszentrum in vielen Fällen sehr sinnvoll.