



Neuropsychologische Therapie – Interview mit Sabine Unverhau

Seit Juli 2007 verfügen die Psychotherapeuten in NRW über eine Weiterbildungsordnung. Als erste zusätzliche Qualifikation kann jetzt die Bezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ erworben und geführt werden. Die Psychologische Psychotherapeutin Sabine Unverhau betreibt seit acht Jahren mit Kolleginnen und Kollegen einen „Neuropsychologischen Fachdienst“ in Düsseldorf.

Ist die Weiterbildungsordnung für Ihre Disziplin ein wichtiger Schritt?

Auf jeden Fall. Die Anerkennung der klinischen Neuropsychologie innerhalb der Psychotherapie ist sehr erfreulich. Es ist auch ein klares Signal nach außen, denn die Zahl der Patienten, bei denen zumindest eine neuropsychologische Diagnostik erforderlich wäre, ist ganz erheblich: Allein an einem Schädelhirntrauma erkranken in Deutschland jährlich rund 250.000 Menschen.

Wann ist eine neuropsychologische Diagnostik ratsam? Das ist der nächste wichtige Schritt: die Patienten über diese nachweislich sehr wirksamen Behandlungsmethoden aufzuklären. Neuropsychologische Störungen werden oft unterschätzt oder übersehen, insbesondere wenn sich die Patienten von den körperlich sichtbaren Folgen einer Hirnverletzung gut erholen. Auch sog. Bagatellunfälle, bei denen nur ein Schleudertrauma oder eine Gehirnerschütterung diagnostiziert werden, können Konzentrationsstörungen verursachen, die im Alltag zu einer schleichenden Überforderung führen.

Bisher war die neuropsychologische Praxis die letzte Hoffnung, wenn nichts anderes mehr half? Ja. Besonders bei jungen Menschen, die in den 80igern und 90igern während ihrer Schul- oder Ausbildungszeit eine Hirnschädigung erlitten haben, vergingen oft Jahre mit dramatischen Fehlentwicklungen und vielen unspezifischen Maßnahmen, bevor an eine neuropsychologische Abklärung gedacht wurde. Natürlich wären die schweren kognitiven und emotional-affektiven Einschränkungen nach dem Unfall viel besser zu behandeln gewesen. Dies hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Oft wird jetzt schon bei der Entlassung aus der Klinik eine ambulante neuropsychologische Weiterbehandlung empfohlen.

Sind denn Eltern und Lehrer heute besser informiert? Häufig finden unsere Patienten eher zufällig zu uns.



Sabine Unverhau

Kürzlich kam ein Schüler in unsere Praxis, der im Sportunterricht mit dem Kopf gegen die Wand geschlagen war. Der Junge war kurz benommen gewesen und hatte sich taumelnd bewegt. Ein alarmierendes Symptom war, dass sich die Netzhaut an einem Auge gelöst hatte. Eine Computertomografie ergab eine Stunde nach dem Unfall jedoch keinen Befund. In den nächsten Tagen blieb der Schwindel und es zeigten sich erste Sprachstörungen. Die Klassenkameraden lachten den Jungen aus, weil er nicht mehr die richtigen Worte fand. Der Spott kränkte ihn so stark, dass er sich nicht mehr aus dem Haus traute, also auch nicht zur Schule ging. Mehr durch Zufall kam der Schüler vier Monate später in unsere neuropsychologische Praxis, wo wir neben den Wortfindungsstörungen auch charakteristische Aufmerksamkeitsstörungen feststellten. Schon jetzt waren nicht mehr allein die neurologischen Ausfälle zu behandeln, sondern zusätzlich eine übergroße Ängstlichkeit.

Was ist entscheidend für den Behandlungserfolg? Möglichst früh behandeln und bei schwer betroffenen Patienten anfangs sehr intensiv: drei- bis viermal die Woche. Wenn ich nur mit einer Therapiestunde in der Woche arbeite, kann es passieren, dass der Patient kaum mehr an die letzte Stunde anknüpfen kann, weil diese Stunde für ihn schon zu weit zurückliegt. Mit drei bis vier Stunden je Woche ist allerdings das Standardkontingent von 20 Stunden je Behandlung schnell ausgeschöpft.

Was sind die häufigsten Folgen einer Hirnschädigung? Schnell erkennbar

sind Aufmerksamkeits-, Sprach- und Gedächtnisstörungen. Häufig sind aber auch exekutive Funktionen gestört, die vor allem für die Handlungsplanung, -steuerung und -kontrolle wichtig sind. Solche Patienten benötigen in allen Lebensbereichen sehr viel Verständnis, Struktur und Anleitung. Als Neuropsychologen arbeiten wir dann auch vor Ort und mit den Bezugspersonen, bis die Patienten in ihrem Alltag wieder Fuß gefasst haben.

Eine Hirnschädigung kann das ganze Leben verändern. Das menschliche Gehirn hat große Potenziale, sich nach einer Schädigung wieder zu erholen. Neuropsychologische Therapie kann hier viel erreichen. Dabei geht es nie allein um die Behandlung der Funktionsstörungen, sondern immer auch darum, die Erfahrung einer Hirnschädigung und ihre Konsequenzen für das Selbsterleben zu verarbeiten. Fast alle unsere Patienten verfolgen lange das Ziel, wieder „ganz der Alte“ zu werden, was aber leider oft nicht möglich ist. Die vielen Veränderungen, ggf. bleibende Behinderungen, müssen emotional verkraftet werden – von dem Patienten, seiner Familie, dem Umfeld. Die neuropsychologische Therapie unterstützt einen Patienten daher auch in seinem Anpassungsprozess und in der Entwicklung einer neuen Lebensperspektive – natürlich immer mit spezifischen Methoden, die sich aus der hirnanatomischen Ätiologie ergeben.

Was halten die Versicherungen von der neuropsychologischen Behandlung? Neuropsychologie ist nicht billig. Nicht therapierte Hirnverletzungen aber auch nicht. Wenn ein junger Mann mit Schädelhirntrauma nicht ausreichend behandelt wird, wird er eventuell Frührentner mit Anspruch auf lebenslänglichen Verdienstausschlag, ggf. kommen Pflege- und Betreuungskosten hinzu. Berufsgenossenschaften und Haftpflichtversicherungen haben das erkannt und erstatten die neuropsychologische Behandlung. Dagegen ist die klinische Neuropsychologie noch keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassenversicherung. Dadurch vergehen oft Monate, bis eine Behandlung beginnen kann, dann läuft das Krankengeld aus und durch Kostenträgerwechsel geht wertvolle Zeit für die Rehabilitation verloren. Hier fehlen noch integrierte Versorgungskonzepte, um die Möglichkeiten der neuropsychologischen Therapie richtig nutzen zu können. Aber es tut sich was.



Erziehungskompetenz verbessern – Interview mit Prof. Bernhard Strauß

Die Bundesregierung will Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern wirksam begegnen. Risiken für Kinder sollen möglichst frühzeitig erkannt und die Erziehungskompetenz ihrer Eltern verbessert werden. Im Mittelpunkt der Diskussion stehen Kinder bis drei Jahren sowie Schwangere und junge Mütter und Väter in belastenden Lebenslagen. Prof. Bernhard Strauß vom Universitätsklinikum Jena arbeitet seit langem auf dem Gebiet der klinischen Bindungsforschung. Strauß stellte die Ergebnisse seiner Forschung bereits auf dem 3. Jahreskongress Psychotherapie am 20. Oktober 2007 in Bochum vor. Ein Forschernetzwerk unter seiner Leitung bekam auch den Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, ein Gutachten zur Zukunft der Psychotherapieausbildung zu erarbeiten.

Sind Kindesverwahrlosung und -misshandlung die Folgen eines grundsätzlichen Wandels in den Familienstrukturen?

Unsere sozialen Strukturen haben sich in zwei Aspekten massiv geändert. Zum einen haben wir heute wesentlich mehr alleinerziehende Mütter als früher, zum anderen sind die sozialen Netze kleiner und schwächer. Dies führt dazu, dass Kinder größere Schwierigkeiten haben, eine sichere Bindung zu entwickeln. Eltern verfügen heute selbst seltener über verlässliche Beziehungen, die sie stabilisieren. Bei den Extremfällen, die die Medien aufgreifen, stellen wir häufig fest, dass Mütter heute unter Bedingungen ihre Kinder großziehen, die alles andere als optimal sind. Sie verfügen oft nicht über eine ausreichende materielle Absicherung, sie leben vielfach in schweren partnerschaftlichen Konflikten, sie sind regelmäßig mit ihrer Lebenslage überfordert und schließlich sind sie auch nicht gut auf die Elternrolle vorbereitet.



Prof. Bernhard Strauß

Familienpolitiker diskutieren, wer Kinder besser erziehen kann: Eltern oder professionelle Betreuer.

Die wichtigste Erkenntnis der Entwicklungspsychologie lautet: Es geht nicht um die Quantität, sondern um die Qualität einer Beziehung, auf die ein Kind zurückgreifen kann. Das heißt erstens: Auch wenn eine Mutter für ein Kind nicht ständig verfügbar ist, kann sie eine gute Mutter sein. Zweitens ist es aber auch möglich, dass professionelle Betreuer eine wichtige und sichere Stütze für ein Kind sein können. Drittens finden sich keine empirischen Belege dafür, dass die häufigere Berufstätigkeit der Frauen negative Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit der Kinder hat. Entscheidend ist vielmehr, dass die Mutter gerne berufstätig ist, dass sie der Überzeugung ist, damit die richtige Entscheidung getroffen zu haben und dass sie Vertrauen in das professionelle Betreuungssystem hat, das sie unterstützt.

Wie können Eltern Kinder sicher machen? Das Allerwichtigste ist, dass die Eltern für ihre Kinder eine sichere Basis sind, ein Stützpunkt, von dem sie auf-

brechen, um die Welt zu erkunden und zu dem sie zurückkehren, um sich zu beruhigen und zu entspannen. Eltern erfüllen diese grundlegenden kindlichen Bedürfnisse, wenn sie in der Lage sind, die Signale, die Kinder geben, auch wahrzunehmen, wenn sie es verstehen, diese Signale aus kindlicher Sicht zu interpretieren und wenn sie schließlich auf die Signale angemessen reagieren.

Brauchen wir eine bessere Früherkennung? Eine Reform der Früherkennungsuntersuchungen ist überfällig. Die bisherigen U1- bis U9-Untersuchungen brauchen eine Ergänzung um Indikatoren für die psycho-emotionale Entwicklung des Kindes. Hilfreich wäre es sicherlich aber auch, wenn Kinderärzte öfter die psychotherapeutische Differentialdiagnostik nutzen. Eine stärkere Kooperation zwischen Kinderärzten und Psychotherapeuten wäre jedenfalls nützlicher als ein gesetzliches Meldesystem bei U1- bis U9-Untersuchungen, das aus Kinderärzten eine Erziehungspolizei macht.

Noch besser als Früherkennung wäre echte Prävention? Echte Prävention, wie sie vor allem in angloamerikanischen Ländern bereits umgesetzt wird, setzt vor der Geburt an. Wir brauchen nicht nur Schwangerschaftskurse, wir brauchen auch Sensitivitätstrainings, die mit Rollenspielen und Video-Feedback arbeiten. Die Erfahrungen zeigen: Je einfacher diese Trainings aufgebaut sind, desto wirksamer. Die Eltern brauchen keine abstrakten pädagogischen Modelle, was gut für ihr Kind ist, sondern konkrete Hilfen, wie sie z.B. die Mimik ihres Säuglings richtig interpretieren. Kontakt: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

Fortbildung – die nächsten Termine:

27. Februar: „Praxisabgabe & Praxisübernahme“ in Dortmund. Kurzfristige Anmeldung noch möglich.

11./12. April: Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Verfahren in Düsseldorf (2. Teil) Verschiebener Termin aus 2007 – Neuanmeldung möglich.

Traumatherapie

Alle Veranstaltungen 2008 des Psychosozialen Zentrums Düsseldorf in Kooperation mit der PTK NRW unter:

www.ptk-nrw.de/seiten/psz-duesseldorf.php

Impressum

PTK-Newsletter NRW

Herausgeber:
Kammer für Psychologische
Psychotherapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten
Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf

Tel. 02 11 / 52 28 47 - 0
Fax 02 11 / 52 28 47 - 15

E-Mail: info@ptk-nrw.de
Internet: www.ptk-nrw.de