

Stefan Mix

## Neuropsychologie in der Geriatrie – Was ist das eigentlich?

Die Tätigkeit von Neuropsychologen ist über geriatrische Kliniken hinaus noch häufig unbekannt. Dabei leisten Neuropsychologen – meist Klinische Neuropsychologen – einen wichtigen Beitrag zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Hirninfarkten, Schädel-Hirn-Traumata und Hirntumoren, aber auch bei Delirien, Demenzen oder Depressionen. Die neuropsychologische Diagnostik dient zur Einschätzung von Leistungsgrenzen und Leistungsressourcen, die für die unmittelbare Behandlung in der Klinik, aber im besonderen Maße auch für die spätere Alltagsbewältigung relevant sind. Mit neuropsychologischer Therapie wird versucht, kognitive Defizite abzubauen und den Affekt zu stabilisieren. Darüber hinaus werden Angehörige zum Umgang mit verändertem Verhalten der Patienten beraten. Ziel ist, die Alltagsbewältigung trotz verbleibender kognitiver Defizite zu ermöglichen (Abb. 1).



**Abb. 1**  
Neuropsychologen unterstützen den Patienten bei einer möglichst selbständigen Alltagsbewältigung.

Abbildung: © proDente e.V.

### Einleitung

In geriatrischen Kliniken hat sich ein multiprofessionelles Behandlungskonzept bewährt, in dem auch Psychologen einen wichtigen Platz einnehmen.<sup>2,4</sup> Erkrankungen im höheren Lebensalter sind häufig mit Veränderungen des kognitiven Leistungsvermögens aber auch der Emotionalität verbunden. Daher haben die Psychologen meist eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation in „Klinischer Neuropsychologie“, die dafür qualifiziert, psychische Veränderungen aufgrund von hirnorganischen Erkrankungen zu erkennen, diese ätiologisch einzuordnen und entsprechend zu behandeln. In geriatrischen Kliniken ist die Tätigkeit von Neuropsychologen inzwischen gut etabliert, darüber hinaus aber noch häufig unbekannt.

Veränderungen des kognitiven Leistungsvermögens und der Affekte können Folge einer zerebralen Schädigung sein, wie sie nach Hirninfarkten, Schädel-Hirn-Traumata, Hirntumoren oder auch bei Demenzen wie z. B. der Alzheimer Demenz auftritt. Aber auch Narkosen bei chirurgischen Eingriffen, Leber- oder Nierenfunktionsstörungen und Infektionen können zu einem Delir mit zerebralen Funktionsstörungen führen.<sup>1,5</sup> Neuropsychologische Diagnostik kann gerade bei solchen älteren multimorbiden Patienten einen Beitrag zur differenzierten Beurteilung von Leistungsgrenzen und Leistungsressourcen leisten, auf deren Grundlage sich dann ein positiver Behandlungsprozess entwickeln kann.<sup>3</sup>

Der Prozess der neuropsychologischen Behandlung im geriatrischen Team läuft zumeist wie folgt ab:<sup>4</sup>

- für den Behandlungsprozess relevante kognitive Funktionsdefizite und affektive Störungen diagnostizieren
- die Auswirkungen kognitiver Funktionsdefizite und affektiver Störungen im Kontext der Erkrankung explorieren und ein psychologisches Behandlungskonzept erarbeiten
- das psychologische Behandlungskonzept im Team kommunizieren und mit dem Vorgehen anderer Berufsgruppen abstimmen
- die psychologische Behandlung durchführen und im Verlauf evaluieren
- ggf. Angehörige über den Therapieprozess und mögliche Belastungen nach der Entlassung des Patienten beraten
- den Behandlungsprozess und dessen Ergebnisse in einem Befund zusammenfassen und über den abschließenden Arztbrief an den Patienten und nachfolgende Behandler weitergeben

Die neuropsychologische Diagnostik berücksichtigt zerebrale Läsionen in Lokalisation und Schädigungsausmaß, Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen und Neben- sowie Wechselwirkungen zentral wirkender Medikamente. Darüber hinaus sind Alter, Vorerkrankungen, Ressourcen aber auch die Persönlichkeit wichtige Faktoren, die das Ausmaß funktioneller Einbußen beeinflussen.

Klassischerweise erfolgt die Diagnostik kognitiver Funktionseinbußen zwar mit psychometrischen Verfahren. Bei häufig stark eingeschränkter Belastbarkeit der Patienten erhalten in der Geriatrie die klinische Exploration und die Verhaltensbeobachtung aber einen vergleichsweise hohen Stellenwert.

Die Diagnostik setzt bei Funktionsbereichen wie Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen und

Sprache, visuell-räumlichem Leistungsvermögen sowie exekutiven Funktionen wie Handlungsplanung und Handlungsorganisation an, die sich weitgehend unabhängig voneinander untersuchen lassen. Sie lässt aber auch den Affekt und das Sozialverhalten nicht außer Acht. Eine Beurteilung des Verhaltens und der Verhaltenskonsequenzen ist nur durch eine Bewertung der Wechselwirkungen von Störungen und nicht-gestörten Leistungsbereichen möglich. Darüber hinaus ist es wichtig, prämorbid Ressourcen und Fähigkeiten zur Kompensation zu kennen.

Das Prinzip psychometrischer Verfahren beruht darauf, individuelle Leistungen eines Patienten objektiv und standardisiert mit Leistungen Gleichaltriger zu vergleichen. Zu den Testverfahren gehören zum Beispiel Aufgaben zum Erfassen von Ähnlichkeiten und Unterschieden, Lern- und Gedächtnisaufgaben mit Wörtern, Bildern oder Figuren, Reaktionsaufgaben mit optischen und akustischen Signalen, Aufgaben zum sprachlogischen oder schlussfolgernden Denken, Wissensfragen sowie Konstruktions- und Planungsaufgaben. Die Untersuchungsverfahren für ältere Menschen sind auf deren Leistungspotenzial abgestimmt. Sensorische Einbußen werden berücksichtigt, um die Patienten nicht falsch einzuschätzen.

Bei der Bewertung der Ergebnisse werden immer auch unterschiedliche Vorerfahrungen der Patienten (z. B. durch Bildung und Beruf) aber auch Altersunterschiede in der Leistungsfähigkeit berücksichtigt.

Die neuropsychologische Therapie setzt sich zusammen aus psychotherapeutischen Gesprächen und einer spezifischen neuropsychologischen Funktionstherapie kognitiver Defizite.<sup>3</sup> Ergänzend können Gruppentherapien erfolgen. In den Gesprächen werden die Auswirkungen kognitiver Funktionseinbußen aber ebenso das Erleben eines Patienten thematisiert. Ob eher

die Förderung der Selbstwahrnehmung im Vordergrund steht oder Strategien zur Rückbildung und/oder zur Kompensation der Defizite besprochen werden können, hängt maßgeblich von der Awareness des Patienten, also der Fähigkeit, die Defizite überhaupt zu erkennen, ab. Unterstützend können auch Entspannungsübungen in die Behandlung integriert werden.

Bei gruppengestützten kognitiven Therapien geht es zumeist um eine psychoedukative Vermittlung des kompensatorischen Umgangs mit kognitiven Defiziten. Die Teilnahme an Gruppentherapien fördert auch die soziale Integration, wenn Erkrankungen zu Behinderungen führen. Menschen mit Lähmungen, Sprachstörungen oder auch kognitiven Einbußen können in Gruppen lernen, wie sie mit ihrer Behinderung wahrgenommen werden. Der Erhalt oder die Wiedergewinnung des Selbstwertgefühls ist hier ein wichtiger Aspekt.

Die kognitive Funktionstherapie beruht auf Übungsprogrammen, die z. B. Aufmerksamkeit oder visuelles Explorationsvermögen mittels computergestützter Therapieprogramme verbessern helfen. Die Software ist eigens für Patienten mit Hirnleistungsstörungen entwickelt und daher sehr einfach zu bedienen. Der Therapeut gibt Feedback, hilft bei der Entwicklung geeigneter Strategien, fördert im einen Fall mehr die Awareness, im anderen Fall eher das Selbstvertrauen.

Ausgeprägte emotionale Reaktionen wie Weinen oder Aggressionen, Apathie und Antriebsminderung können sowohl hirnorganisch als auch psychoreaktiv bedingt sein. Viele Erkrankungen im Alter können durch die erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität durch motorische oder psychische Einschränkungen für den Patienten so belastend sein, dass sich eine behandlungsbedürftige depressive Störung entwickelt, die wiederum auch ein reduziertes kognitives Leis-

tungsvermögen zur Folge haben kann. Neuropsychologen tragen hier in enger Abstimmung mit den ärztlichen Kollegen zur differenzierten Einordnung bei, um ggf. auch eine adäquate medikamentöse Behandlung zu ermöglichen.

Eine wichtige Säule der Behandlung neurologischer Patienten ist die Beratung der Angehörigen. Während motorische Funktionsdefizite nicht übersehen werden können, werden kognitive Funktionseinbußen oder emotionale Reaktionen häufig nicht erkannt oder fehlinterpretiert. In der psychologischen Beratung der Angehörigen steht daher die Aufklärung über die Verhaltensweisen des Patienten und über dessen emotionale Verarbeitung im Fokus.

Auch nach intensiver Rehabilitation verbleiben nach Hirninfarkten und vor allem auch bei Demenzen alltagsrelevante kognitive Defizite und affektive Störungen.<sup>3-5</sup> Diese sind nicht immer offensichtlich, können sich aber in der Alltagsbewältigung stark auswirken. Beispielsweise können Menschen mit Gedächtnisstörungen ihre Medikamente nicht mehr zuverlässig einnehmen. Durch Orientierungsstörungen finden sie sich in ihrem vertrauten Um-

feld nicht mehr gut zurecht. Bei Aufmerksamkeitseinbußen können sich Menschen nur noch begrenzt auf eine Sache konzentrieren, sind leicht ablenkbar und ermüden schnell. Bei exekutiven Störungen sind Menschen mit komplexen Anforderungen des Alltags schnell überfordert. Bei emotionalen Störungen sind sie vielleicht gleichgültiger oder leichter reizbar und können mit physischen und emotionalen Belastungen nicht mehr gut umgehen. Dies alles bringt nachhaltige Veränderungen für das Leben nach der stationären Behandlung mit sich. Neuropsychologen leisten einen wichtigen Beitrag, damit die Bewältigung des Alltags dennoch gelingt.

## Literatur

1. Hoffmann W, Kopf D, Rösler A. Neurologie und Psychiatrie In: Willkomm M (Hrsg). Praktische Geriatrie. Klinik – Diagnostik – Interdisziplinäre Therapie. Stuttgart: Georg Thieme, 2013:366-402.
2. Lohse K, Krupp S. Interdisziplinäre Behandlung im geriatrischen Team. In: Willkomm M (Hrsg). Praktische Geriatrie. Klinik – Diagnostik – Interdisziplinäre Therapie. Stuttgart: Georg Thieme, 2013:61-78.
3. Mix S, Emmerich S, Becker R. Neuropsychologische Störungen: Diagnostik, Behandlung und Empfehlungen. In: Steinhagen-Thiessen E, Hanke B (Hrsg). Neurogeriatrie auf einen Blick. Berlin, Wien: Blackwell, 2003:289-343.
4. Mix S, Lämmle G. Das Tätigkeitsfeld der Psychologen in der Geriatrie. Psychotherapie im Alter 2014;11(2):255-265.
5. Stechl E, Knüvener C, Lämmle G, Steinhagen-Thiessen E, Brasse G. Praxishandbuch Demenz. Erkennen – Verstehen – Behandeln. Frankfurt a. M.: Mabuse, 2012.

### Autor

#### **Stefan Mix**

Diplom-Psychologe  
Evangelisches Geriatriezentrum Berlin  
Reinickendorfer Straße 61  
13347 Berlin  
E-Mail: stefan.mix@egzb.de

