

## **Neurologische Erkrankungen & psychische Komorbidität: ein integrierter Behandlungsansatz**

Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen  
Rehabilitationsreinrichtungen e.V. (Phase II-Einrichtungen)

Fachtagung, 13.Nov.2006, SRH Seminarzentrum Heidelberg

**Roger Schmidt, Brigitte Krauß, Ilse Blümel-Giefers**  
Bereich Psychotherapeutische Neurologie  
Kliniken Schmieder Konstanz & Gailingen

### Wovon soll heute die Rede sein?

- *Bereich Psychotherapeutische Neurologie*
- *Komorbidität*
- *„Modifizierte“ psychische Störungen*
- *Therapie*
  - *„Integrierte“ Therapie*
  - *Integrierte berufstherapeutische Intervention*

## Neuro-Psychiatrie - Somato-Psychosomatik - „Neurologie Plus“

### Bereich Psychotherapeutische Neurologie

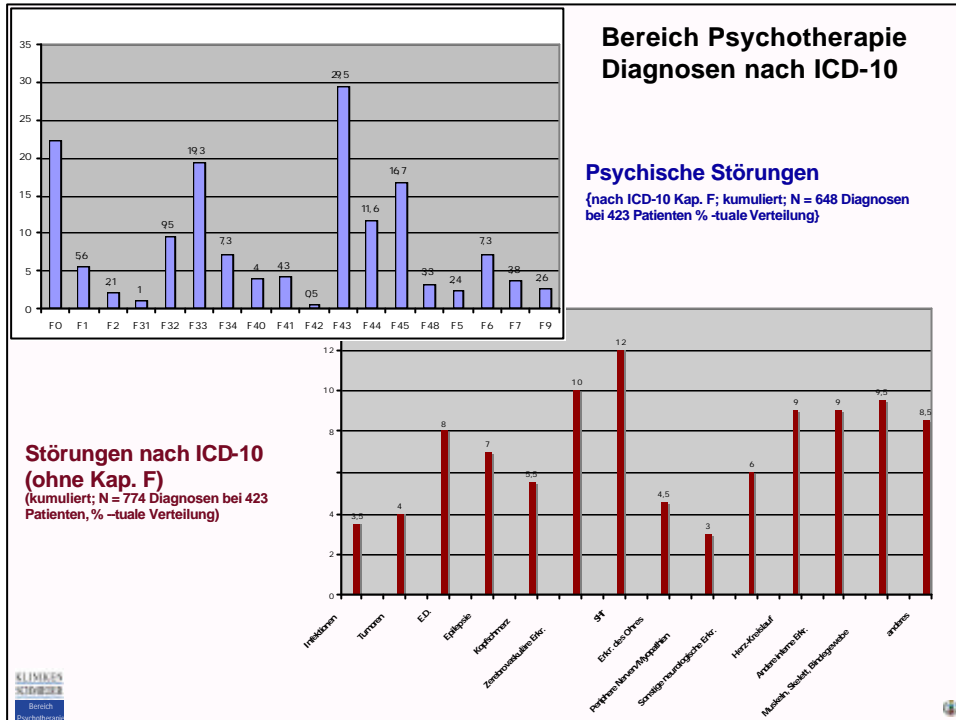
- direkt in die Neurologie integrierte Spezialabteilung
- medizinisch-somatische & psychosomatisch-psychotherapeutische Maßnahmen aus einer Hand
- für (neurologisch und/oder psychisch) Kranke
- bei Zusammentreffen
  - neurologischer Behandlungserfordernisse mit
  - Störungen aus dem Grenz- und Übergangsbereich .....
    - ..... somatischer und somatoformer Störungen
    - ..... hirnorganischer & funktioneller psychischer Störungen



## Wovon soll heute die Rede sein?

- *Bereich Psychotherapeutische Neurologie*
- **Komorbidität**
- *„Modifizierte“ psychische Störungen*
- *Therapie*
  - *„Integrierte“ Therapie*
  - *Integrierte berufstherapeutische Intervention*





## Neurologische Erkrankung & Suizidalität

**Erhöht nach**  
SHT, Schlaganfall, Querschnittslähmung

**acute-onset:** bei 7,3%  
(jung, unverheiratet, psych/Suchtanamnese, depressive & Angststörungen)

**delayed-onset:** bei weiteren 11,3%, meist innert 6 Monaten  
(höhere Schulbildung, Depressivität, soziale Probleme, initiale Suizidalität)  
bei > 70% mit major depression, bei < 10% minor depression

bei MS, Epilepsie, Demenzerkrankungen, Migräne mit Aura  
bei zentralem Schmerz

Kishi et al 2001a, b

Kliniken Schmieder - Bereich Psychotherapie



## Bedarf an Psychotherapie

unter neurologisch Kranken benötigen

- knapp **40%** eine psychotherapeutische Intervention (K&L)
- etwa **10%** eine kontinuierliche Psychotherapie

Fritzsche et al., 2003; Härter, 2000, Schmidt und Berger 2005

## Belastbarkeitsminderung & Fatigue bei Schlaganfall: Erklärungsmodelle

- *Folge der Schädigung aufsteigender aktivierender Systeme*
- *Vermehrte Anstrengungen zum Ausgleich hirnorganischer Defizite*
- *Vermehrte Anstrengungen zum Ausgleich motorischer Defizite*
- *Folge von Schlaf- (Apnoe-) Störungen*
- *Trainingsmangel / Befindlichkeitsstörung*
- *Ausdruck einer funktionell psychischen Störung*

Staub & Bogousslavsky 2001, Allgulander & Kasper 2002, Bogousslavsky 2003  
Glader, Stegmayr et al. 2002, van der Werf, van den Broek et al. 2001



## Komorbidität somatischer & psychischer Störungen: Typen

- Koinzidenz neurologischer & psychischer Störung
  - primär voneinander „unabhängig“
  - bidirektionaler Zusammenhang
- Psychorganische Symptombildung
  - unmittelbare biologische Verursachung
  - Freilegen einer Vulnerabilität - vermehrte Vulnerabilität als Folge
- Dynamischer (erlebnisreaktiver) Zusammenhang
  - Anpassungsstörungen, funktionelle psychische Unfallfolgen (PTSD)
  - „reaktivierte“ Störungen bei biographisch früherer Belastung
- **“Verflechtung“ körperlicher & psychischer Prozesse**
  - „gemischte“ somato-psychische Störungen
  - erlebnisreaktiv gefärbte organische Psychosyndrome
  - somatoforme und dissoziative **“Überformung“** einer neurologischen Kernschädigung, Hysteroepilepsie, „Mimikry“
- (chronische) Schmerzsyndrome
- „rein“ psychogene - pseudoneurologische - Körperstörungen



## Komorbidität somatischer & psychischer Störungen: Typen

- Koinzidenz neurologischer & psychischer Störung
  - primär voneinander „unabhängig“
  - bidirektionaler Zusammenhang
- Psychorganische Symptombildung
  - unmittelbare biologische Verursachung
  - Freilegen einer Vulnerabilität - vermehrte Vulnerabilität als Folge
- Dynamischer (erlebnisreaktiver) Zusammenhang
  - Anpassungsstörungen, funktionelle psychische Unfallfolgen (PTSD)
  - „reaktivierte“ Störungen bei biographisch früherer Belastung
- **“Verflechtung“ körperlicher & psychischer Prozesse**
  - „gemischte“ somato-psychische Störungen
  - erlebnisreaktiv gefärbte organische Psychosyndrome
  - somatoforme und dissoziative **“Überformung“** einer neurologischen Kernschädigung, Hysteroepilepsie, „Mimikry“
- (chronische) Schmerzsyndrome
- „rein“ psychogene - pseudoneurologische - Körperstörungen



## Wovon soll heute die Rede sein?

- Bereich Psychotherapeutische Neurologie
- Komorbidität
- „Modifizierte“ psychische Störungen
- Therapie
  - „Integrierte“ Therapie
  - Integrierte berufstherapeutische Intervention



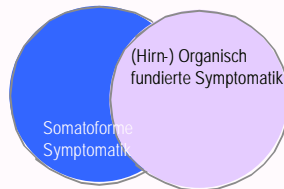
## Psychische Komorbidität & Diagnost. Besonderheiten



"falling between the cracks"

Timothy et al., Medical comorbidity in schizophrenia MJA 2003; 178 (9):567 - 570 - [http://www.mja.com.au/publicissues/178\\_09\\_050503/1am10579\\_fm.html](http://www.mja.com.au/publicissues/178_09_050503/1am10579_fm.html)  
 Iris Beiderhase: "Zwischen zwei Stühlen sitzen" - [www.liebfrauenschulevechta.de/.../P4660115.htm](http://www.liebfrauenschulevechta.de/.../P4660115.htm)

- Symptome sind:
- semiotisch mehrdeutig
  - ätiologisch vielschichtig
    - Ergebnis von Wechselwirkungen



### Modifikationen des Bildes

- Körper als „Medium“
- Psychische Traumatisierung
- Erlebnisreaktion
- Bewältigungsverhalten
- Behandlungskontext
- übergreifende Einflüsse

## „Unterschwellige“ psychische Störungen

**Leicht ausgeprägte, symptomarme, atypische oder zeitlich limitierte psychopathologische Syndrome unterhalb der Schwelle operationalisierter Diagnosen**

- klinische Wertigkeit
  - beginnende, intermittierende oder residuale Zustände bekannter psychischer Krankheiten
  - („komorbide“) Begleitsyndrome anderer psychischer oder körperlicher Krankheiten
  - eigenständige Krankheitszustände (?)
- offenbar häufig
- wahrscheinlich von erheblichem Krankheitswert

(n. H. Helmchen, 2001)

- **kurze rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F38.10)**
- **anhaltender resignativer Rückzug (ICD-10 F34.8)**
- **potenziell somatoforme Störungen {(leichte) kognitive Störungen, fatigue}**



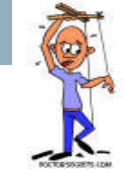
## „Forcierte Bewältigung“

Aktive Negation emotionaler (psychischer) Bedürftigkeit sich selber und/oder Anderen gegenüber durch



- ein Übermaß an äußerer Aktivität
- einseitige Fokussierung auf die eigene Stärken
- aktive Abwendung von Aufmerksamkeit / Ablenkung
- Vermeidung von Beziehungsangeboten & Situationen, die ängstlich-depressiven Affekten Raum geben könnten
- Ringen um Kontrolle der Situation / der Interaktion
- Forderung nach instrumenteller Unterstützung

## „Forcierte Bewältigung“



### *nach Schlaganfall von Vorteil?!*

- Schutz vor Angst und Schmerz, Zeit zur Entwicklung adaptiver Verarbeitungsstrategien (Herrmann 1992)
- Ausgleich Funktionsstörung/Handicap
- Eigen-Attribution seelischer Probleme korreliert mit depressiver Verarbeitung (Riehl-Emde 1989)
- Verhinderung „Katastrophenreaktion“ (Goldstein 1939, 1948)

Depressive Störungen nach Schlaganfall

Bereich Psychotherapie  
KLINIK  
STÄBLEN  
Klinische Psychologie

## Anhaltender resignativer Erlebniswandel

- Selbstbild: „Verlierer“, „Verurteilter“; Hadern mit dem Schicksal
- Pessimismus („Gleichgültigkeit“) im Hinblick auf die Zukunft
- Antrieb / Aktivität vermindert, viele körpernahe Beschwerden
- Bewältigung der alltäglichen Routine eingeschränkt
- Fokus: eigene - in der Behinderung begründete - Unzulänglichkeit
- Sozialer (interaktioneller) Rückzug
- Leben auf „Sparflamme“

Klassifizierungsvorschlag nach ICD-10: sonstige anhaltende affektive Störungen F34.8.

Forschungsprojekt Depressive Störungen nach Schlaganfall

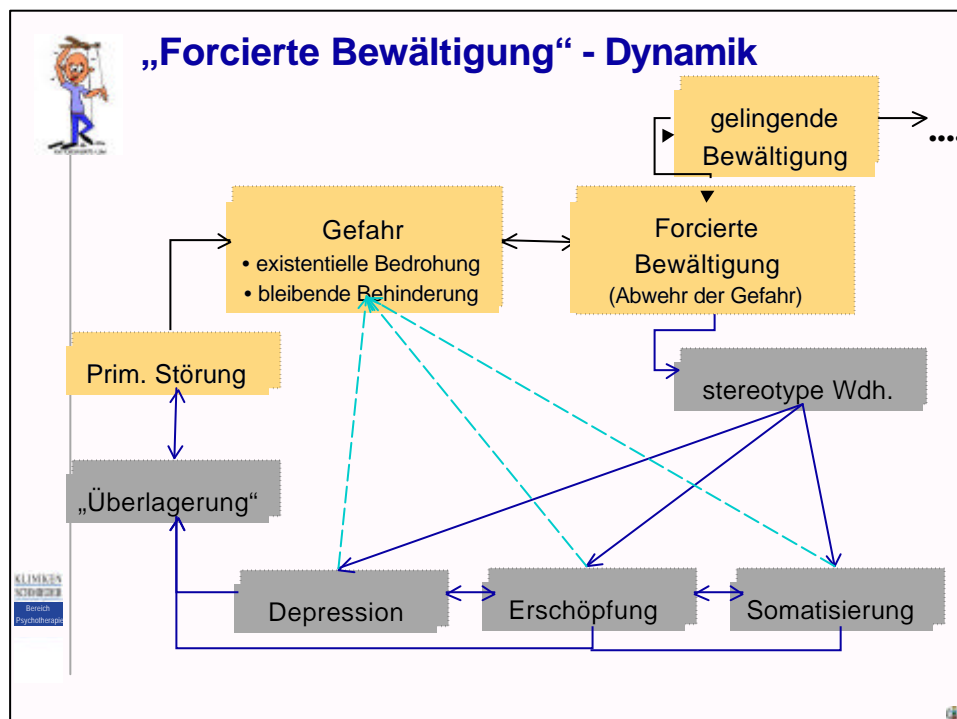
Forschungsprojekt  
Förderkennzeichen  
01 GR 0801/10  
KLINIK  
STÄBLEN  
Klinische Psychologie

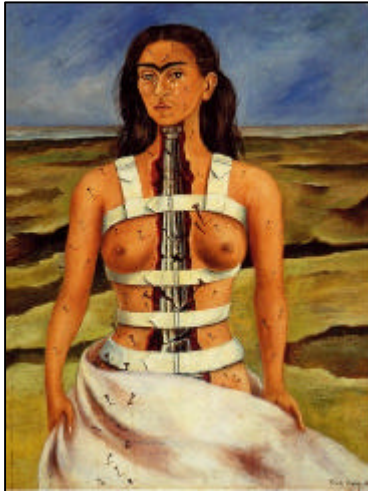
## „Wiederkehrende depressive Einbrüche“

- Dauer meist nur Stunden, längstens wenige Tage
- Vermeidung, Ablenkungsstrategien
- Vermehrte emotionale Vulnerabilität, Intrusionen
- (Klage über) mental-kognitive Beeinträchtigungen
- Forcierte Bewältigung, eingeschränkte psychophysische Kompensationsmöglichkeiten, vermehrte Erschöpfbarkeit
- Im Vorfeld oft spezifische Situationen, die an Insult, existentielle Bedrohung, Tod, Behinderung ... erinnern

Klassifizierungsvorschlag nach ICD-10: rezidivierende kurze depressive Störung F38.10.

Forschungsprojekt Depressive Störungen nach Schlaganfall





## Somatisierung bei neurologisch Kranken & Behinderten

„the body keeps the score“

Bessel A. van der Kolk, 1994

„somatisches Entgegenkommen“

S. Freud, Bruchstück einer Hysterieanalyse, 1905a

‘corporeality’



## “Mimikry“

psychogene (Körper-) Störung bei körperlich Kranken

- in Gestalt einer Symptomatik, die durch die körperliche Erkrankung oder Schädigung bereits hinreichend erklärbar ist (oder scheint)
- und körperlich behandelt wird, ohne dass die psychische Störung erkannt oder jedenfalls behandelt wird

n. Guillain-Barré-S: Buschbacher 1995; bei hereditärer PN: Strenge et al 1996; bei MS: Morgan et al 2005; mit Anfallsleiden: Kanner et al 1999, als Dejerine-Roussy Syndrom: Ferrante et al 2004.



## Organisches Hysteroid

(W. Mayer-Gross 1930)

- „Hysterische“ Pseudodemenz
- bei bestehender organischer Demenz
- grob pseudodementes Verhalten
- Krankheitsbewußtsein & Krankheitseinsicht fehlen

## Wovon soll heute die Rede sein?

- *Bereich Psychotherapeutische Neurologie*
- *Komorbidität*
- *„Modifizierte“ psychische Störungen*
- **Therapie**
  - **„Integrierte“ Therapie**
  - *Integrierte berufstherapeutische Intervention*



## Integrierte Behandlung

Zusammenführen psychotherapeutischer & somatischer diagnostischer & therapeutischer Maßnahmen in ein umfassendes Behandlungsangebot

- Aufgreifen relevanter somatischer Fragen innerhalb der psychotherapeutischen Intervention
- Aufgreifen relevanter psychischer Fragen innerhalb der somatischen Intervention



## Bereich Psychotherapie: Integration in die Neurologie

- **Räumliche Integration**
- **Organisatorische Integration**
  - Übergreifende Aufgabenbereiche, Kollegiale Leitung
  - Übergreifende Versorgungsroutinen
  - Differenzierung durch Schwerpunktbildung
  - „Offenheit“ der Bereiche
- **Klinische Integration**
  - Spezifische psychiatrisch-psychotherapeutische & psychosomatische Kompetenz
  - Eigene klinisch-neurologische Kompetenz & Aktivität, „Neurologie plus“
  - Zugang zu gesamtem Diagnose- und Behandlungsspektrum der Klinik

## **Kliniken Schmieder - Bereich Psychotherapie** **Ärzte & Therapeuten: spezifische Kompetenzbereiche**

Ärzte: Somato-Psycho-Somatische Qualifikation, Teamführung

Psychologie: Diagnostik von Grenzfällen, integrierte neuropsychologische & psychotherapeutische Behandlung

Physiotherapie: psychogene Körperstörungen (incl. Laufband), emotionaler Neglect bei neurologischer Beeinträchtigung, Verhaltenstraining

Ergotherapie: psychogene Körperstörungen (obere Extremität)

Logopädie: Psychische (depressive) Störungen bei Patienten mit Sprachstörungen, Psychogene Sprach- und Sprechstörungen, Stottern

Physiotherapie: Schmerzbehandlung, incl. Tens

Berufstherapie: Differential-Diagnose und -Therapie organisch bedingter und psychogener Arbeitsstörungen

adjuvante Verfahren: Kunst- und Gestaltungstherapie, Bewegungstherapie

Kliniken Schmieder - Bereich Psychotherapie

## **Kliniken Schmieder - Bereich Psychotherapie** **Berufstherapeutische Ressourcen**

- Belastungserprobung
- Arbeitstherapie
- begleitende berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung, Arbeitserprobung)

- Problemanalyse
- Training berufsrelevanter Kompetenzen und Fertigkeiten
- Entwicklung und Einübung von spezifischen Kompensationsstrategien
- interne/externe praktische berufliche Tätigkeit
  - kaufmännische und Verwaltungsberufe (incl. EDV), Metall- und Holzverarbeitende, elektro-technische und elektronische, technisch-zeichnerische und hauswirtschaftliche Berufe
  - Hauswirtschaft, Kranken- und Altenpflege, andere soziale Einrichtungen, Verkauf

An der konkreten beruflichen Realität ausgerichtete Behandlung organisch wie funktionell psychischer und/oder interaktioneller Problemkonstellationen bei gleichzeitiger Fortführung der medizinisch notwendigen Maßnahmen

Kliniken Schmieder - Bereich Psychotherapie

## Wovon soll heute die Rede sein?

- *Bereich Psychotherapeutische Neurologie*
- *Komorbidität*
- *„Modifizierte“ psychische Störungen*
- **Therapie**
  - *„Integrierte“ Therapie*
  - ***Integrierte berufstherapeutische Intervention***

KLINIK  
STUFGEN  
Bereich  
Psychotherapie

## Integration von Psychotherapie und Berufstherapie in der Neurologie

- reguläre Teilnahme am HV
- Information/Beratung zu berufsrelevanten Themen
- Coaching:
  - Klärung: Status, Ziele und Möglichkeiten
  - Identifikation & Training beruflich relevanter Kompetenzen
  - Identifikation beruflich relevanter Schwächen und Training des bestmöglichen Umgangs damit
- **Re-„Inszenierung“ der psychosozialen Problematik in der Berufstherapie = Focus der psychotherapeutischen Intervention**

## SystKomp?

„modular aufgebautes Gruppenprogramm zur Erhöhung der Selbstaktualisierungstendenz“

### Durchführung

- Berufstherapeutin/Pädagogin & Psychol. Psychotherapeutin/Neuropsychologin
- 10 Teilnehmer, 90 Minuten, 10-12 Termine

### Aufgabenstellungen

- Versagens-/Leistungsangst
- depressiver Rückzug
- Verhaltensstörungen/Impulskontrolle
- Konflikte am Arbeitsplatz
- („sekundäres“) Rentenbegehren
- ext. Attribution von Hilfsbedürftigkeit

### Intervention

- *explizit* - pädagogische Intervention, Coaching
- psychotherapeutische Intervention - *implizit*



*Wenn du ein Schiff bauen willst, so trommle nicht Leute zusammen, um Holz zu beschaffen, Werkzeuge vorzubereiten, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern wecke in ihnen die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.*

*Antoine de Saint-Exupéry*

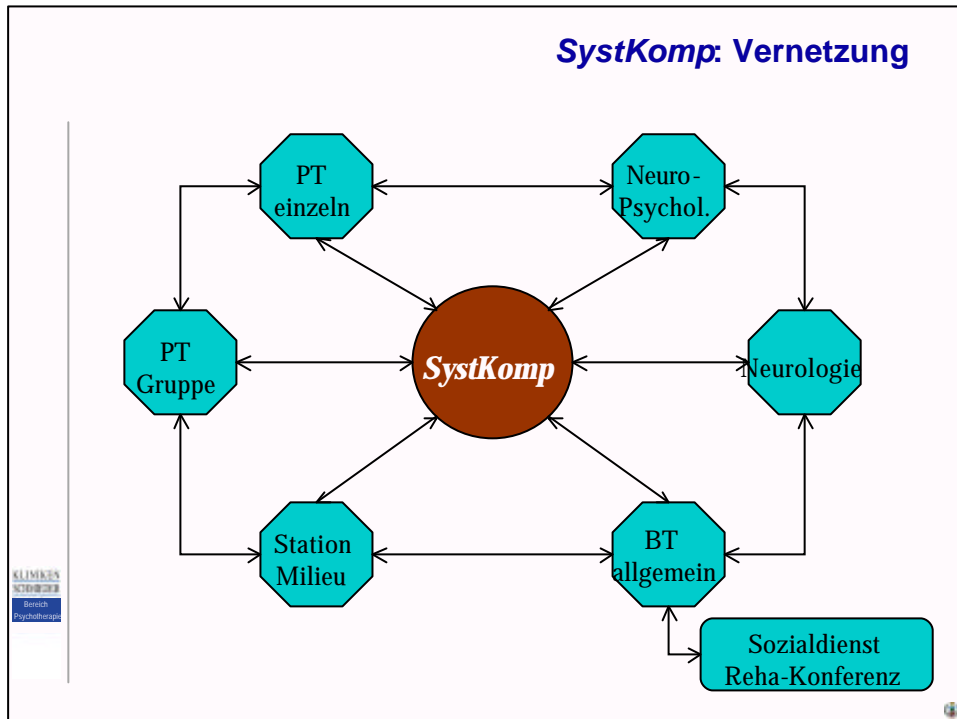
## SystKomp?

### Ansatzpunkte/Strategien der Psychotherapie

- Krankheitsmodell & Realitätskonstruktion
- Selbstsicherheit & Selbstwert
- Verhaltenssteuerung & Konfliktfähigkeit
- Trauer & Neuorientierung
  
- **Ernst vs. Spiel**
- **Struktur & Anleitung vs. Autonomie & Selbstverantwortung**
- **Hinnahme vs. Akzeptanz**
- **Wertschätzung vs. Konfrontation**
- **Aktivität (Therapeutinnen) vs. Aktivität (Gruppe, Patient)**
  
- Vielfalt / breites Spektrum der Techniken
- therapeutisches splitting
- Vernetzung & Generalisierung



## SystKomp: Vernetzung



**Bereich Psychotherapeutische Neurologie  
Kliniken Schmieder Konstanz & Gailingen**



Vielen Dank für



Ihre Aufmerksamkeit

[r.schmidt@kliniken-schmieder.de](mailto:r.schmidt@kliniken-schmieder.de)  
Telefon 07531 986 3536  
Fax 07531 986 3155

[www.kliniken-schmieder.de](http://www.kliniken-schmieder.de)