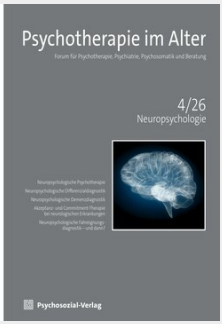
Patrizia Thoma

Neuropsychologische Psychotherapie



Psychotherapie im Alter
23. Jahrgang, Nr. 4, 2026, Seite 385–406
DOI: 10.30820/1613-2637-2026-4-385
Psychosozial-Verlag

Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie im Alter
Forum für Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik und Beratung
ISSN 1613–2637 (print)
ISSN 2699–1594 (digital)
www.psychosozial-verlag.de/pia
23. Jahrgang, Nr. 92, 2026, Heft 4
https://doi.org/10.30820/1613-2637-2026-4

Herausgeberinnen und Herausgeber:
Prof. Dr. Reinhard Lindner, Prof. Dr. Meinolf Peters, Prof. Dr. Astrid Riehl-Emde, Dr. Dipl.-Psych. Anne Katrin Risch, Prof. Dr. phil. Nils F. Töpfer, Prof. Dr. phil. Jana Volkert-Laubach, Prof. Dr. Alexandra Wuttke

MitbegründerInnen und ehemalige MitherausgeberInnen:
Prof. Dr. Hartmut Radebold† (2004–2008), Dr. Peter Bäurle (2004–2011), Dr. Johannes Kipp† (2004–2014), Prof. Dr. Henning Wormstall (2004–2014), Dipl.-Päd. Angelika Trilling† (2004–2016), Prof. Dr. Ines Himmelsbach (2017–2019), Prof. Dr. Eva-Marie Kessler (2015–2021), Prof. Dr. Simon Forstmeier (2012–2024), Prof. Dr. Bertram von der Stein† (2012–2026)

Geschäftsführende Herausgeberinnen:
Prof. Dr. Astrid Riehl-Emde, Dr. Dipl.-Psych. Anne Katrin Risch
herausgeber.pia@psychosozial-verlag.de
www.psychotherapie-im-alter.de

RubrikherausgeberInnen:
»Institutionen stellen sich vor«:
Prof. Dr. Alexandra Wuttke,
institutionen.pia@psychosozial-verlag.de

»Buchbesprechungen«:
Prof. Dr. Meinolf Peters
rezensionen.pia@psychosozial-verlag.de

»Kritischer Zwischenruf«:
Prof. Dr. Reinhard Lindner
zwischenruf.pia@psychosozial-verlag.de

»Titelbild«:
N. N.
titelbild.pia@psychosozial-verlag.de

Titelbild:
© AdobeStock/vectorfusionart

ViSdP:
Die HerausgeberInnen; bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen die AutorInnen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen nicht in jedem Fall eine Meinungsäußerung der HerausgeberInnen, der Redaktion oder des Verlages dar.

Erscheinen: Vierteljährlich

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnementbetreuung:
Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstraße 10
35390 Gießen, Deutschland
Tel.: 0641/969978-26
Fax: 0641/969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Bezug:
Jahresabo 65,90 Euro (zzgl. Versand)
Einzelheft 22,90 Euro (zzgl. Versand)
Studierende erhalten 25 % Rabatt auf den Abopreis (gegen Nachweis).
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

© 2026 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG. Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den HerausgeberInnen und dem Verlag. Alle Rechte, auch die der Übersetzung, vorbehalten. Wir behalten uns auch eine Nutzung des Werks für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG vor.

Die Zeitschrift Psychotherapie im Alter wird regelmäßig in der Internationalen Bibliographie der geistes- und sozialwissenschaftlichen Zeitschriftenliteratur (IBZ – De Gruyter Saur), in der Publikationsdatenbank PSYNDEX des ZPID – Leibniz-Institut für Psychologie und in der Datenbank PsycInfo der American Psychological Association erfasst.

Druck und Bindung:
Druckhaus Bechstein GmbH
Willy-Bechstein-Straße 4, 35576 Wetzlar, Deutschland

Neuropsychologische Psychotherapie

Eine altersspannenübergreifende Form der Psychotherapie für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen

Patrizia Thoma (Bochum)

Psychotherapie im Alter 23 (4) 2026 385–406
www.psychotherapie-im-alter.de
https://doi.org/10.30820/1613-2637-2026-4-385
CC BY-NC-ND 4.0



Open Access

Zusammenfassung: Neuropsychologische Psychotherapie (NPPT) ist bei Vorliegen von psychischen Störungen nach erworbenen Hirnschädigungen altersspannenübergreifend indiziert und wird ambulant unter bestimmten Bedingungen unter anderem von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften finanziert. Einige der Ätiologien, die eine erworbene Hirnschädigung bedingen (z. B. Schlaganfälle oder demenzielle Erkrankungen), betreffen vor allem ältere Personen. Der Fokus einer NPPT liegt auf den kognitiven, affektiven und behavioralen Folgen einer erworbenen Hirnschädigung oder -erkrankung. Dazu gehört eine ganzheitliche Betrachtung der resultierenden psychosozialen Konsequenzen aufseiten des betroffenen Individuums (z. B. Konsequenzen für die Fahrtauglichkeit und die schulische/berufliche Wiedereingliederung oder Berentung) sowie des gesamten sozialen Umfeldes (z. B. veränderte Rollengefüge in Partnerschaften und Familien). Im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gilt es dabei, die förderlichen und hinderlichen Faktoren in den spezifischen Bedingungsgefügen von Person und Umwelt zu betrachten. Unter Berücksichtigung der funktionellen und strukturellen Beeinträchtigungen und Ressourcen des Individuums müssen die Konsequenzen für Aktivitäten und soziale bzw. gesellschaftliche Teilhabe abgeschätzt und bestmöglich beeinflusst werden. Dazu bedarf es einer einschlägigen und umfassenden Qualifizierung der NPPT-Therapeut:innen.

Stichworte: Neuropsychologische Psychotherapie, erworbene Hirnschädigung, kognitive Beeinträchtigungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen nach Hirnschädigung, ICF

Einleitung

Fallbeispiel: Frau H., 69 Jahre, erleidet ein mittelgradiges Schädel-Hirn-Trauma mit fronto-temporal betonten Kontusionsherden (Prellungen im unteren Teil des Vorderhirns) infolge eines Verkehrsunfalls. Nach mehrmonatiger stationärer Rehabilitation kehrt sie in ihr häusliches Umfeld zurück. Anfängliche Beeinträchtigungen im motorischen und sprachlichen Bereich ebenso wie initiale Gedächtnisprobleme haben sich gut zurückgebildet. Frau H. nimmt optimistisch ihre frühere ehrenamtliche Tätigkeit im Vorstand ihrer Kirchengemeinde wieder auf. Nach kurzer Zeit muss sie jedoch feststellen, dass sie den Anforderungen nicht mehr gewachsen ist. Neben ausgeprägten Schwierigkeiten im Bereich der geteilten Aufmerksamkeit, des Arbeitsgedächtnisses und der exekutiven Planungsfähigkeit kämpft Frau H. in erster Linie mit einer verminderten Belastbarkeit. Nach wenigen Monaten muss sie ihre Tätigkeit deutlich reduzieren und ihre Position im Vorstand aufgeben. Einst der ruhende Pol der Familie, reagiert sie nun häufig mit Wutausbrüchen auf ihre lebhaften Enkel und ihren Ehemann, die eigentlich eine Quelle der Freude bzw. einen Ruhepol für sie darstellten. Daraus resultierende familiäre Konflikte belasten sie zunehmend; sie zeigt Symptome einer depressiven Episode und zieht sich sozial zurück. Frau H. sucht nach zwei Jahren eine ambulante Neuropsychologische Psychotherapeutin auf.

Frau H. steht stellvertretend für eine heterogene Population an Patient:innen, die potenziell von einer Neuropsychologischen Psychotherapie (NPPT) profitieren können. Leider ist dieses spannende Fachgebiet vielen nicht bekannt und gleichzeitig von einer deutlichen Unterversorgung mit qualifizierten Therapeut:innen betroffen – eine Situation, die sich in Zukunft hoffentlich langsam ändern sollte. Der Bedarf ist jedenfalls da: Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) geht 2011 bereits von 40.000 bis 60.000 Patient:innen mit erworbenen Hirnschädigungen aus, die einer ambulanten NPPT bedürfen. Das Ziel des vorliegenden Artikels besteht darin, einen orientierenden Überblick über das Gebiet der NPPT einschließlich Indikation, Kostenübernahme, Qualifikationsänderungen und Spezifika von Diagnostik und Behandlung zu geben.

Neuropsychologische Psychotherapie: Indikationsbereich, Qualifikation und Definition

Indikation

Die Klinische Neuropsychologie befasst sich als Wissenschaftsbereich mit den kognitiven und affektiven Folgen von pathologischen Veränderungen des Gehirns im Rahmen neurologischer, psychiatrischer oder entwicklungspsychopathologischer Störungsbilder. Im heilkundlichen Bereich wird die NPPT enger gefasst: Entsprechend der Richtlinie Methoden Vertragsärztlicher Versorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025) ist sie indiziert bei Menschen mit kognitiven und affektiven Verhaltensänderungen sowie Verhaltensänderungen nach erworbenen Hirnschädigungen oder -erkrankungen. Ätiologisch umfasst dies akut auftretende Ereignisse wie Schädel-Hirn-Traumata oder Schlaganfälle, sich über eine gewisse Zeit entwickelnde Erkrankungen wie Hirntumore oder Multiple Sklerose sowie progrediente Verläufe, z. B. bei demenziellen Syndromen. Psychische Veränderungen können dabei in unterschiedlichem Ausmaß und zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten, gehen aber je nach Ätiologie, Lokalisation und Ausmaß, in dem bestimmte Bereiche des Gehirns betroffen sind, auch mit körperlichen Einschränkungen (z. B. im motorischen oder sensorischen Bereich) einher. Erworbene Hirnschädigungen und -erkrankungen treten altersspannenübergreifend auf; je nach Ätiologie sind Häufungen in bestimmten Altersbereichen zu verzeichnen (Steinmetz et al., 2024). Naturgemäß betreffen einige Ursachen erworbener Hirnschädigung, z. B. Schlaganfälle oder demenzielle Syndrome, insbesondere ältere Menschen. Die potenziellen Ursachen erworbener Hirnschädigungen weisen nicht nur große Unterschiede bezüglich der zugrunde liegenden ätiopathogenetischen Mechanismen und Prognosen auf, sie ziehen auch unterschiedliche medizinische Behandlungen nach sich, die von operativen Eingriffen über Medikamente bis hin zur Strahlentherapie reichen können.

NPPT kann in (teil-)stationären Einrichtungen der Rehabilitation neurologisch erkrankter Patient:innen, bereits früh in Akutkliniken (aktuell jedoch selten mit neuropsychologisch qualifizierten Psychotherapeut:innen) oder in nachgelagerten Rehabilitationsphasen angeboten werden. Wird die NPPT ambulant – z. B. in einer Praxis – durchgeführt, übernehmen seit 2012 die gesetzlichen Krankenkassen bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Kosten. Private Krankenversicherungen orientieren sich in der

Regel daran, jedoch kann die Kostenübernahme stärker von der individuellen Versicherungspolice abhängen. Bei erworbenen Hirnschädigungen, die nachweislich als Folge eines Unfalls oder einer Erkrankung im Rahmen schulischer oder beruflicher Tätigkeiten entstanden sind, kommen die Berufsgenossenschaften als Kostenträger in Betracht. Die Indikationsstellung für eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt gemäß der Richtlinie Methoden Vertragsärztlicher Versorgung (Abschnitt: Klinische Neuropsychologie) in einem zweistufigen Verfahren. Die wichtigsten Kriterien und nötigen Qualifikationen für die jeweilige Stufe hierzu sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Indikationsprüfung für Kostenübernahme einer ambulanten Neuropsychologischen Psychotherapie (NPPT) durch die Gesetzliche Krankenversicherung (für Private Krankenversicherungen und Berufsgenossenschaften oft analog)

Indikationsstufe	**Geforderte Qualifikation**	**Aspekte der Indikationsprüfung**
1	Fachärzt:innen für Psychiatrie/Psychotherapie, Neurochirurgie, Neurologie (jeweils für Erwachsene oder Kinder)	– Nachweis einer erworbenen Hirnschädigung oder -erkrankung – Keine ausschließlich angeborene oder entwicklungsbedingte Erkrankung, wie z. B. das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom – Beginn in den letzten fünf Jahren (Ausnahme: Kinder und Jugendliche), in begründeten Einzelfällen auf Antrag Ausnahmen möglich – Verdacht auf eine Hirnschädigung (z. B. Demenz) für Probatorik (Diagnostik) ausreichend
2	– Approbierte Psychologische Psychotherapeut:innen mit einer kammerakkreditierten Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie/ NPPT – Ärztliche Psychotherapeut:innen mit Zusatzqualifikation, die nicht gleichzeitig die Indikationsstufe 1 prüfen dürfen	Vorliegen von Beeinträchtigungen in mindestens einem Bereich: – Lernen und Gedächtnis – Wahrnehmung, räumliche Leistungen – Höhere Aufmerksamkeitsleistungen – Denken, Planen und Handeln – Psychische Störungen bei organischen Störungen »Ausreichend günstige« Prognose für eine Therapie, was unter anderem einen Ausschluss von mittel- und schwergradigen Demenzen von der Kostenübernahme für NPPT bedingt

Qualifikation

Tabelle 1 verdeutlicht, dass für NPPT-Therapeut:innen, die eine ambulante Abrechnung mit den Krankenkassen anstreben, eine Approbation sowie eine kammerakkreditierte Weiterbildung vorausgesetzt werden. Im Bereich der Klinischen Neuropsychologie/NPPT existieren historisch bedingt aktuell zwei Wege in die heilkundlich ausgeübte NPPT:

Im Rahmen des »alten« Qualifizierungsweges, also vor der 2020 in Kraft getretenen Reform der Aus- und Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeut:innen, waren folgende Aus- und Weiterbildungsabschnitte zu absolvieren:

- Studium der Psychologie mit spezifischen Leistungen in Klinischer Psychologie
- Seit 1999 und bis 2032: Postgraduale Ausbildung und Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten
- Seit 2006 und weiterhin möglich: Bereichsweiterbildung Klinische Neuropsychologie gemäß der Musterweiterbildungsordnung (MWBO der Bundespsychotherapeutenkammer) für Psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen (MWBO PP/KJP) – je nach zuständiger Landespsychotherapeutenkammer parallel oder nachgeordnet zur Psychotherapieausbildung möglich

Seit der Reform besteht der »neue« Weg nur noch aus zwei statt aus drei Abschnitten, deren Gesamtdauer jedoch der des »alten« Weges entspricht:

- Approbationskonformer Bachelorstudiengang, gefolgt vom Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie, der mit der Approbationsprüfung abgeschlossen wird. Dies erfordert eine angemessene Vertretung der NPPT in Hochschulambulanzen an Universitäten (vgl. Klinghammer et al., 2025)
- Gebietsweiterbildung zur Fachpsychotherapeutin bzw. zum Fachpsychotherapeuten für NPPT gemäß der MWBO für Psychotherapeut:innen (MWBO PT), jeweils in der spezifischen Umsetzung durch die Landespsychotherapeutenkammern

In den 1990er Jahren führte die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) als damals einzige fachspezifische postgraduale Qualifikationsmöglichkeit eine Zertifizierung zur Klinischen Neuropsychologin:zum Klinischen

Neuropsychologen ein. Diese kann nach dem Studium der Psychologie oder psychologienaher Studiengänge auch ohne Approbation erworben werden – ab 2028 nur noch mit Approbation oder begonnener Psychotherapieausbildung. Für das Zertifikat besteht keine berufs- oder sozialrechtliche Anerkennung. Diese ist den oben dargestellten heilkundlichen Qualifikationswegen vorbehalten – bereits seit 2006 im Rahmen der Bereichsweiterbildung der WBO PP/KJP und nun im Rahmen der eigenständigen Gebietsweiterbildung NPPT, gleichberechtigt neben den Gebietsweiterbildungen für Erwachsene und Kinder. Detailliertere Ausführungen dazu finden sich bei Billino et al. (2022) und Werheid (2022). Warum eine umfassende heilkundliche Qualifizierung für die NPPT essenziell ist, sollte in den nachfolgenden Abschnitten deutlich werden.

Definition

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme der NPPT in die Richtlinie »Methoden der Vertragsärztlichen Versorgung« aus dem Jahr 2011 schafft die Grundlage für die Abrechnung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich und definiert die Klinische Neuropsychologie/NPPT wie im nachfolgenden Kasten.

> Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dienen der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen
> - ➢ geistiger (kognitiver) Funktionen,
> - ➢ des emotionalen Erlebens,
> - ➢ des Verhaltens,
> - ➢ der Krankheitsverarbeitung
> - ➢ sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen.

Die kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen, die Gegenstand der NPPT sind, werden in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD, World Health Organization) im Kapitel F0 *(Organische, einschließlich somatischer psychischer Störungen)* verschlüsselt. In der kommenden Version ICD-11 sowie im aktuell gültigen Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-V, American Psychological Association) werden diese unter den »*Neurokognitiven Störungen*« subsummiert. Während kognitive Beeinträchtigungen bei vielen psychischen

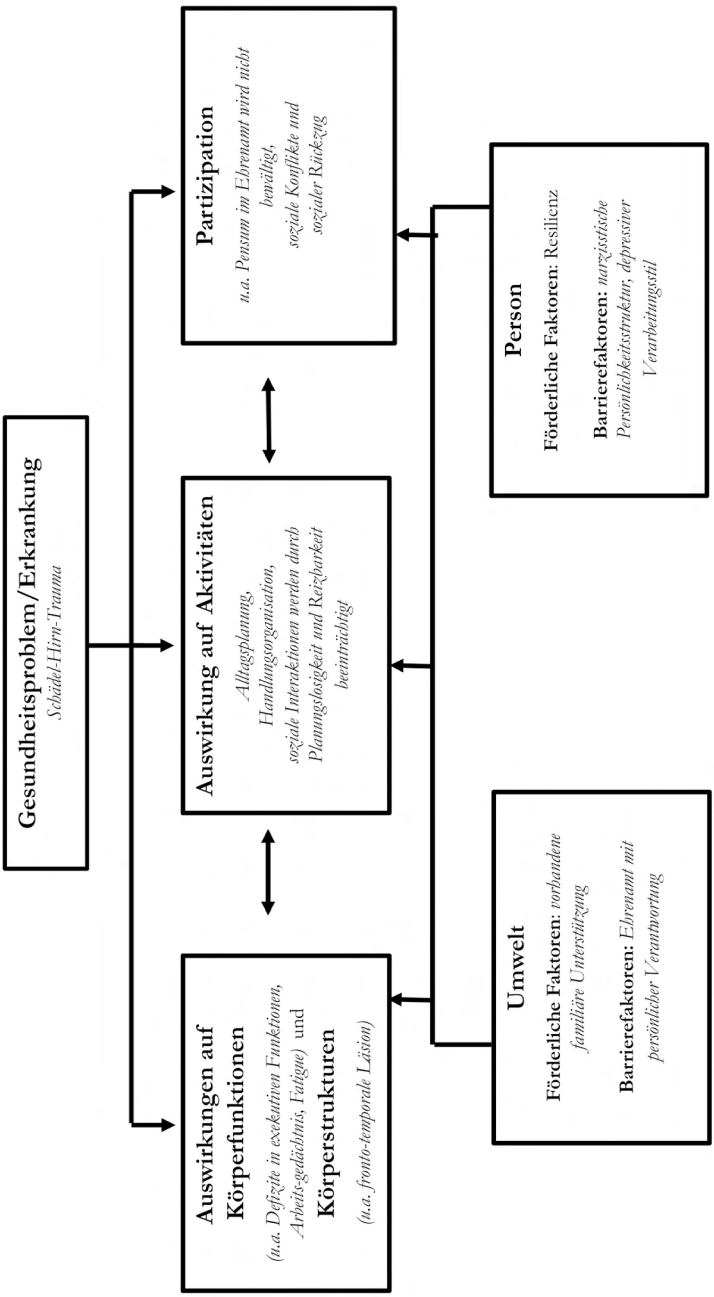


Abbildung 1: Skizze eines biopsychosozialen Modells der Funktionalen Gesundheit gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anhand des Fallbeispiels Frau H.

Erkrankungen begleitend vorkommen, stellen sie bei diesen Störungen ein Hauptmerkmal dar. Im Unterschied zu entwicklungsbedingten und angeborenen kognitiven Störungen bezeichnen die neurokognitiven Störungen, mit denen sich die NPPT befasst, Rückgänge eines einmal erreichten Entwicklungsniveaus. Die Definition im Kasten verdeutlicht, dass eine NPPT nicht nur auf kognitive Veränderungen (z. B. Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis), sondern auch auf Veränderungen des emotionalen Erlebens und Verhaltens fokussiert. Außerdem berücksichtigt sie ganzheitlich Bedingungsfaktoren in Person und Umwelt, in die das Krankheitsgeschehen und die damit einhergehenden Veränderungen eingebettet sind. Für die Therapieplanung repräsentiert die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, World Health Organization) eine hilfreiche Rahmenheuristik. Sie stellt Aspekte der *funktionalen Gesundheit* in den Vordergrund. Dabei werden die Folgen einer Grunderkrankung (z. B. Schlaganfall) für Körperstrukturen und -funktionen berücksichtigt, aber auch für die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie daraus resultierende Einschränkungen der Teilhabe. In diese Betrachtungen werden sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren auf Ebene der betroffenen Person und ihrer Umwelt integriert. Aus dem resultierenden Gesamtmodell lassen sich gemeinsam mit den Patient:innen und gegebenenfalls ihren Angehörigen alltagsnahe und realistische Ziele für die Behandlung ableiten. Anhand des anfangs präsentierten Fallbeispiels von Frau H. illustriert Abbildung 1 das Modell der ICF und die zugehörigen Unterpunkte. Die ICF-Heuristik veranschaulicht, dass im Rahmen einer NPPT keine beeinträchtigten Werte in neuropsychologischen Testverfahren behandelt werden, sondern immer ein Individuum in seinem lebensgeschichtlichen Kontext.

Dementsprechend kann eine neuropsychologische Behandlung bei zwei Individuen mit gleichen Testwerten in der Funktionsdiagnostik völlig unterschiedlich aussehen.

Neuropsychologische Diagnostik

Neuropsychologische Diagnostik umfasst eine Sichtung von relevanten Vorbefunden, eine sorgfältige Anamnese und Exploration der aktuellen Beschwerden, ihrer bisherigen Entwicklung und Behandlung sowie die klinische Untersuchung einschließlich einer umfassenden Funktionsdiagnostik (vgl. Thoma & Suchan, 2024). Wie viel Zeit für die Diagnostik zur Verfügung steht und wie umfassend diese ausgestaltet werden kann, hängt

vom Setting, den Zielen der Diagnostik sowie auch vom betroffenen Individuum und seiner Belastbarkeit ab. Während im Rahmen einer ersten neuropsychologischen Einschätzung auf einer Frührehabilitationsstation unter Umständen nur zehn bis 15 Minuten Diagnostik möglich sind, stehen für die Probatorik einer NPPT im ambulanten Bereich fünf Sitzungen zur Verfügung. Auch im Falle einer ambulanten Behandlung sind aufgrund des klinischen Eindrucks im Anamnesegespräch Entscheidungen über Umfang und Ausgestaltung der weiteren diagnostischen Sitzungen zu treffen. Je nach Vorbefunden, berichteten Beschwerden, klinischen Beobachtungen und Fragestellungen – etwa zur NPPT-Indikation, zur Fahrtauglichkeit oder zur schulischen/beruflichen Wiedereingliederung – kann sowohl die zeitliche Gestaltung der Diagnostik als auch die Auswahl der Diagnoseverfahren erheblich variieren. Dies betrifft beispielsweise die Ausführlichkeit, die Sitzungsaufteilung (Einzelsitzungen mit Pause vs. mehrere Sitzungen hintereinander) sowie die Auswahl der Verfahren bei motorischen oder sprachlichen Einschränkungen. Im Unterschied zu anderen Formen der Psychotherapie beinhaltet die NPPT einen hohen Anteil an Funktionsdiagnostik mithilfe von Tests. Die von vielen Patient:innen als tendenziell selbstwertbedrohlich (vor allem bei einem Demenzverdacht) erlebte Leistungsdiagnostik fällt in eine Phase des therapeutischen Beziehungsaufbaus und erfordert daher Fingerspitzengefühl. Die Anwendung und Auswertung von neuropsychologischen Testverfahren ist nicht nur zeitaufwendig, sondern setzt auch für die adäquate Interpretation und Rückmeldung der Testergebnisse besondere Expertise voraus. So muss z. B. der mögliche Einfluss von Medikation, begleitenden sensorischen/motorischen Einschränkungen oder weiterer Beschwerden wie Schlafstörungen, Schmerzen und Depressionen auf die Testleistungen eingeschätzt werden. In Fällen, in denen ein möglicher sekundärer Krankheitsgewinn (z. B. bei Berentungsanliegen) eine Rolle spielen könnte, und ohnehin im Rahmen von Begutachtungen, muss zwingend eine Beschwerdenvalidierung erfolgen. Obwohl neuroradiologische Befunde bei der Einordnung hilfreich sind, korrelieren sie nicht immer mit den tatsächlichen Beeinträchtigungen. Eine verlässliche Einschätzung lässt sich nur anhand einer klinisch-neuropsychologischen Untersuchung und Exploration der Alltagsrelevanz vornehmen.

Die Diagnostik in den einzelnen Leistungsbereichen, ebenso wie die im nachfolgenden Abschnitt behandelte Therapie, sollten leitlinienorientiert erfolgen. Diese Leitlinien – z. B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) oder der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) – werden je nach Ausmaß ihrer metho-

Tabelle 2: Überblick über Komponenten einer Diagnostik im Rahmen der Neuropsychologischen Psychotherapie (NPPT)

Baustein	**Unteraspekte**
Anamnese und Exploration in der Probatorik	– Prüfung der (Vor-)Befunde und der Behandlungshistorie – Psychischer Befund inkl. Suizidalitätsabklärung, Verhaltensbeobachtung neuropsychologisch relevanter Auffälligkeiten – Geleitete Exploration der wahrgenommenen neuropsychologisch relevanten Veränderungen seit Beginn der Hirnerkrankung/-verletzung, möglichst mit Alltagsbeispielen untermauert – Wenn möglich: Fremdanamnese, vor allem bei demenziellen Erkrankungen und besonders betagten Personen – Relevante komorbide und (Vor-)Erkrankungen, welche die neuropsychologischen Symptome beeinflussen könnten (z. B. Schmerzen) – Vorwissen, Anliegen und Ziele der Betroffenen und ihrer Angehörigen für eine NPPT
Untersuchung neuropsychologischer Funktionsbereiche mithilfe von Testverfahren, Fragebögen, klinisch-neuropsychologische Exploration und Verhaltensbeobachtung	
Sprache, Wahrnehmung, Motorik	– Aphasien, Kognitive Kommunikationsstörungen – Agnosien (Störung des Erkennens) – Apraxien (Probleme des Abrufs von erlernten Bewegungsprogrammen) – Gesichtsfeldausfälle
Aufmerksamkeit	– Möglichst computergestützt je ein Verfahren zu Aufmerksamkeitsintensität (z. B. Alertness, Daueraufmerksamkeit) und -selektivität (z. B. Geteilte Aufmerksamkeit) – Neglect (halbseitige Vernachlässigung)
Gedächtnis	– Orientierung – Verbale und figurale Merkspannen – Arbeitsgedächtnis – ein Lernparadigma mit verzögertem Abruf – Kurz- und mittelfristiges Behalten von (auch komplexerem) verbalem/figuralem Material
Exekutive Funktionen	– Planen und Problemlösen, Monitoring – Kognitive Flüssigkeit – Kognitive Flexibilität –Selbstwahrnehmung und Störungsbewusstsein
Verhaltensänderungen und Soziokognitive Störungen	– Reizbarkeit & Aggressivität, Impulsivität – Antriebsveränderungen/Apathie – Soziale Kognitionen: Emotionserkennung, Theory of Mind, Empathie, Soziales Problemlösen

dischen Systematik in verschiedene Stufen (S1, S2k, S2e und S3) unterteilt und in der Regel alle fünf Jahre aktualisiert. Manche Leitlinien, die für die NPPT von Bedeutung sind, befassen sich mit bestimmten Ätiologien wie z. B. Demenzen, Post Covid oder Schädel-Hirn-Traumata und beinhalten disziplinübergreifende Empfehlungen (z. B. für die Bereiche Medizin, Psychotherapie) für verschiedene Akteure, die an der Rehabilitation beteiligt sind. Besonders zentral für die NPPT sind jedoch jene Leitlinien, die ätiologieübergreifend spezifisch auf neuropsychologische Funktionsbereichen fokussieren. Zu den wichtigsten gehören die Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen (S2e; Fimm et al., 2023), Gedächtnisstörungen (S2e; Thöne-Otto, 2020) und exekutiven Dysfunktionen (S2e; Müller und Klein, 2019), jeweils bei neurologischen Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Tabelle 2 erhält eine kurze und keineswegs erschöpfende Zusammenschau der regelmäßig im Rahmen einer neuropsychologischen Diagnostik leitliniengemäß zu untersuchenden Bereiche. Diese geben gleichzeitig auch einen Ausblick auf mögliche Behandlungsschwerpunkte, die im nachfolgenden Abschnitt thematisiert werden. Für eine ausführlichere Einführung wird jeweils auf Thoma und Suchan (im Druck) verwiesen. Im höheren Lebensalter ist gegebenenfalls die Abwägung zu treffen, wie detailliert eine solche Diagnostik erfolgen muss, wenn die Alltagsanforderungen z. B. aufgrund eines Renteneintrittes inzwischen reduziert sind. Im Zweifel gilt oft das Motto »So viel wie nötig, so wenig wie möglich.«

Neuropsychologische Behandlung

In der Literatur (u. a. Guthke et al., 2021; Thöne-Otto & Klein, 2025) werden in der Regel drei Säulen neuropsychologischer Behandlung thematisiert. Diese umfassen neben einer Psychoedukation

a) restitutive Ansätze,
b) kompensatorische Ansätze und
c) integrative Verfahren.

Psychoedukation

Wie bei allen psychotherapeutischen Ansätzen ist zu Beginn der Therapie eine Psychoedukation über die Ergebnisse der neuropsychologischen Dia-

gnostik erforderlich. Diese sollten sich nicht allein auf die Interpretation der erzielten Testwerte in der neuropsychologischen Funktionsdiagnostik stützen, sondern idealerweise einen Bezug zu Art/Lokalisation und Verlauf der Hirnschädigung/-erkrankung herstellen. Im Vordergrund sollten die erlebten Alltagsbeeinträchtigungen und Partizipationseinschränkungen (vgl. Vorabschnitt zum ICF-Modell) stehen. Es empfiehlt sich, gemeinsam mit den Patient:innen ein umfassendes Störungsmodell zu entwickeln, das nicht nur die im engeren Sinne neuropsychologisch bedingten kognitiven und affektiven Veränderungen in den Blick nimmt, sondern auch gemäß ICF z. B. den Einfluss dysfunktionaler Schemata (»Ich muss immer 150 % leisten, sonst bin ich ein Versager«; »Seit dem Renteneintritt geht es ohnehin stetig bergab«) oder ungünstiger Umweltbedingungen (mangelndes Krankheitsverständnis von Vorgesetzten und/oder von Angehörigen) integriert.

Restitution

Unter die restitutiven Ansätze fallen alle primär übenden Therapieverfahren, sowohl in computergestützter Form als auch Papier- und Bleistiftverfahren. Diese Ansätze fußen auf dem Prinzip der neuronalen Plastizität, also der Fähigkeit des Gehirns, sich bei Bedarf durch funktionelle und strukturelle Veränderungen an seine Nutzung anzupassen (Draganski et al., 2004). Dies ermöglicht unter nicht-pathologischen Umständen das lebenslange Lernen und Adaptieren an persönliche und Umweltanforderungen, während bei Hirnschädigungen in gewissem Umfang Regeneration ermöglicht wird. Beispielsweise können sich Nervenzellen in manchen Hirnarealen neu bilden, oder es können neue Nervenbahnen geknüpft werden, wenn die betroffenen Hirnareale entsprechend stimuliert werden. Diese Prozesse sind auch im höheren Lebensalter noch möglich. Dazu ist es erforderlich, dass die Maßnahmen möglichst passgenau auf die in der Diagnostik ermittelten Einschränkungen abgestimmt werden. Untersuchungen belegen, dass die jeweiligen Übungen hinreichend oft und intensiv durchgeführt werden müssen, z. B. vier- bis fünfmal die Woche für 30 bis 60 Minuten, um messbare Effekte zu erzielen. Technologiebasierte restitutive Therapieprogramme existieren in vielfältigen Ausgestaltungen (z. B. zum Download als Stand-alone-Anwendung, internetbasiert sowie für Tablet oder PC verfügbar), schwerer beeinträchtigte Patient:innen benötigen gegebenenfalls Unterstützung bei Installation und Handhabung.

Die Evidenz für die Wirksamkeit restitutiver Therapieansätze (im Englischen »remediation therapy«) muss differenziert betrachtet werden. Ein konsistenter Befund ist, dass manche Funktionsbereiche (z. B. Arbeitsgedächtnis), gerade in der Anfangszeit nach einer Hirnschädigung, auf restitutive Behandlungsansätze gut ansprechen. Patient:innen mit Beeinträchtigungen komplexerer Funktionsbereiche wie des exekutiven Planens und Problemlösens (z. B. ein Rezept gemäß Vorgaben nachkochen und beim Fehlen einzelner, weniger wichtiger Zutaten improvisieren) profitieren gegebenenfalls weniger stark davon. Ein Grund dafür liegt darin, dass mit restitutiven Behandlungsansätzen zwar gute Fortschritte in der Bewältigung der trainierten Aufgabentypen erzielt werden können, diese aber relativ schlecht auf den Alltag generalisieren. Gerade der Alltagstransfer ist insbesondere bei Patient:innen mit exekutiven Beeinträchtigungen stark beeinträchtigt. In solchen Fällen ist es am zielführendsten, jene Situationen zu üben, welche die Betroffenen im Alltag als herausfordernd erleben, und für genau diese Problemlöseschemata zu entwickeln, die nach und nach eigenständig auch für andere Situationen angepasst und in den persönlichen Alltag übertragen werden können. Selbst wenn mittels restitutiver Verfahren keine objektiv messbaren Fortschritte bezogen auf den Alltagstransfer erzielt werden, erleben das Patient:innen manchmal anders. Bei ihnen trägt das Aufsteigen in den Schwierigkeitsgraden der verschiedenen Übungen mindestens zu einer erhöhten Selbstwirksamkeitserfahrung bei, zum Teil einhergehend mit wahrgenommenen positiven Effekten im Alltag. Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Alltagstransfer von Restitutionseffekten in wissenschaftlichen Untersuchungen selten untersucht wird und bis heute nicht gut geklärt ist, ob den Restitutionseffekten nicht letztlich eher ein Erlernen kompensatorischer Mechanismen zugrunde liegt (von Bastian et al., 2022).

Es muss sichergestellt werden, dass Patient:innen restitutive Ansätze nicht exzessiv nutzen, um die Auseinandersetzung mit als schmerzhaft erlebten Themen zu vermeiden. Dies betrifft z. B. die Erkenntnis, dass trotz aller Anstrengungen das vorherige Funktionsniveau nicht wiederhergestellt werden kann (Thöne-Otto & Klein, 2024) oder sich bei neurodegenerativen Prozessen sogar weiter verringern wird. Es sollte darauf geachtet werden, dass leistungsorientierte Patient:innen die Übungen nicht exzessiv durchführen und Überlastungsreaktionen provozieren. Gerade bei einer Fatiguesymptomatik, also einer erhöhten Ermüdungsneigung und verminderter Regenerationsfähigkeit trotz Pausen, können die Übungen unabhängig von ihren funktionellen Schwerpunkten dazu

genutzt werden, gemeinsam mit den Patient:innen Anzeichen einer beginnenden Ermüdung zu explorieren (z. B. Kopfschmerzen, Doppelbilder). Auch deren zeitliches Auftreten und mögliche Gegenregulationsstrategien auf den verschiedenen Stufen sollten sorgfältig beobachtet werden. Viele Betroffene haben das Problem, Überforderungszustände nicht rechtzeitig zu erkennen und den Zeitpunkt zu verpassen, an dem sie gegensteuern können. Das Gros der restitutiven Übungen sollte nach initialer therapeutischer Anleitung in das häusliche Umfeld ausgelagert werden, damit die Sitzungen für die Bearbeitung von weiteren Themen genutzt werden können, bei denen Patient:innen der Unterstützung bedürfen. Dennoch sollten Therapeut:innen ihre Patient:innen vor allem zu Beginn und auch zwischendurch regelmäßig bei den Übungen begleiten, zum einen, um etwaige Ermüdung und/oder Frustration aufzufangen, und zum anderen, um gemeinsam zu erarbeiten, welche kompensatorischen Strategien eingesetzt werden können, um die Aufgaben gut zu bewältigen. Demnach findet fast immer (siehe z. B. Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen, Fimm et al., 2023) eine Verzahnung zwischen der Anwendung restitutiver und kompensatorischer Therapiemaßnahmen statt. Diese werden im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt.

Kompensation

Kompensatorische Ansätze haben gemeinsam, dass Einschränkungen mithilfe von intakten Funktionen und Ressourcen so weit wie möglich ausgeglichen werden. Ganz automatisch verwenden manche Patient:innen z. B. mehr Zeit und Anstrengung, um Aufgaben zu bewältigen. Dem sind jedoch Grenzen gesetzt, denn es ist natürlich langfristig nicht hinnehmbar, z. B. eine Vollzeittätigkeit von nun an in zwölf statt in acht Stunden zu bewältigen oder einen ganzen Tag für Hausarbeiten einzuplanen, die sonst in zwei Stunden erledigt waren. Ein Beispiel von Kompensation beeinträchtigter Fähigkeiten durch erhaltene kognitive Ressourcen wäre die Nutzung intakter visuell-räumlicher Gedächtnisleistungen (z. B. mithilfe von Visualisierungstechniken wie dem »Gedächtnispalast«), um verbale Gedächtnisdefizite auszugleichen. Dabei spricht man von »internen Strategien«. »Externe Strategien« beziehen sich hingegen auf Hilfen, die in der Außenwelt verortet sind. Dazu können einfache Maßnahmen der Umweltgestaltung (Schreibtisch aufräumen, Brille/Schlüssel immer am

selben Platz deponieren etc., Führen eines Kalenders oder Tagebuchs) gehören, die Routinen schaffen und Aufmerksamkeit/Gedächtnis/Planungsanforderungen entlasten. Zusätzlich können elektronische Geräte und Apps, die auf dem Markt erhältlich sind, kompensatorisch in die Therapie einbezogen werden. Hierbei ist eine sorgfältige Fokussierung auf relevante elektronische Hilfen ratsam, umso mehr, je stärker die Patient:innen kognitiv eingeschränkt sind. Für die meisten älteren Menschen stellt eine Nutzung elektronischer Hilfen inzwischen keine unüberwindbare Hürde mehr dar; für viele kann dennoch eine besonders enge Fokussierung auf wenige Funktionen hilfreich sein. Die Nutzung der Hilfen (z. B. elektronischer Kalender oder eine App zur Erinnerung an Medikamenteneinnahme) muss individuell besprochen, aufgesetzt und eingeübt werden. Die kognitiven Probleme, mit denen Betroffene zu kämpfen haben, schlagen sich naturgemäß auch im Umgang mit den technologiebasierten Kompensationshilfen nieder (z. B. vergessen, sie zu benutzen, oder uneffektives Benutzen). Weiterhin darf nicht außer Acht gelassen werden, dass z. B. auch Scham und Traurigkeit darüber, auf solche Hilfen angewiesen zu sein, eine Rolle spielen können, ebenso wie z. B. die Befürchtung, das Gedächtnis könnte sich weiter verschlechtern, wenn man es entlastet. Diese findet man vor allem bei von demenziellen Entwicklungen betroffenen, älteren Patient:innen. Unter Umständen muss eine Bearbeitung von Krankheitsverständnis (siehe Psychoedukation), dysfunktionalen Annahmen und Akzeptanz vorangestellt werden. Diesen und anderen Zwecken dienen die im nächsten Abschnitt vorgestellten integrativen Verfahren.

Integrative Verfahren

Integrative Verfahren können das gesamte Repertoire des psychotherapeutischen Methodeninstrumentariums umfassen. Ansätze aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Curvis & Methley, 2021) können helfen, die kognitiven und affektiven Einschränkungen, die gegebenenfalls dauerhaft aus einer erworbenen Hirnschädigung resultieren und ursprüngliche Lebensentwürfe umkrempeln, zu akzeptieren. Dysfunktionale Schemata, welche die zielgerichtete Arbeit an den neuropsychologischen Einschränkungen behindern (z. B. »Ich muss immer 150 % geben«; »Pausen sind nur etwas für faule Leute«), können mit Techniken der kognitiven Umstrukturierung (z. B. Sokratischer Dialog, ABC-Schema,

Ein-Personen-Rollenspiel) bearbeitet werden. Aus der Verhaltenstherapie bekannte Methoden des Verhaltensaufbaus und -abbaus sind z. B. bei der Behandlung von Impulskontroll- und Antriebsstörungen angezeigt. Je schwerwiegender sich eine organisch bedingte Hirnschädigung manifestiert und je stärker metakognitive Fähigkeiten betroffen sind, desto weniger kann mit einsichtsorientierten Methoden und desto mehr muss mit strukturierenden Maßnahmen gearbeitet werden. Dies kann, Einverständnis vorausgesetzt, auch Methoden des klassischen und operanten Konditionierens umfassen. Bei Menschen mit einer reduzierten Störungswahrnehmung (»Awareness« bis hin zur »Anosognosie«), die besonders häufig im Rahmen demenzieller Erkrankungen auftritt, muss ein funktionales Krankheitsverständnis (z. B. durch Videofeedback, Bearbeitung von Diskrepanzen zwischen Selbsteinschätzung und tatsächlichen Leistungen) erarbeitet werden, damit sich die Betroffenen überhaupt auf weitere Maßnahmen einlassen. Gerade im höheren Lebensalter gilt jedoch auch hier die Devise, dass genau geprüft werden muss, zu welchem Zweck Krankheitseinsicht überhaupt hergestellt werden sollte. Psychische Störungen, die sich infolge der Hirnschädigung entwickelt haben, müssen ebenfalls berücksichtigt werden (Svensson & Exner, 2021). Eine depressiv bedingte Antriebsstörung erfordert zunächst die Etablierung einer Tagesstruktur, die bei älteren Menschen gegebenenfalls durch wegfallende berufliche Einbindung ohnehin wenig klar gegeben sein kann. Essenziell ist dabei jedoch, dass all diese bekannten psychotherapeutischen Methoden im Rahmen einer NPPT häufig einer Anpassung mit Blick auf die neuropsychologischen Einschränkungen und/oder altersbedingten Probleme (z. B. Schwerhörigkeit, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme) der Patient:innen bedürfen. In der Regel ist vonseiten der NPPT-Therapeut:innen mehr Direktivität, begleitende Strukturierung und der Einsatz von kompensatorischen Hilfsmitteln bei der Anwendung der jeweiligen Techniken und Vermittlung der Inhalte gefragt, weswegen verhaltenstherapeutische Methoden in der Darstellung überwiegen. Nichtsdestotrotz kommen je nach individueller Fallkonstellation auch Methoden aus anderen Therapieschulen (z. B. systemtherapeutische Ansätze in der Familienberatung) sowie klärungsorientierte, tiefenpsychologische und prozess-/erlebnisorientierte Therapiemethoden insbesondere bei der Krankheitsverarbeitung in Betracht.

Abschließend findet sich in Tabelle 3 für das eingangs präsentierte Fallbeispiel »Frau H.« ein grober Behandlungsplan entlang der präsentierten Behandlungselemente.

Tabelle 3: Mögliche Behandlungselemente einer Neuropsychologischen Psychotherapie auf Basis des ICF-Modells (vgl. Abbildung 1) für das Fallbeispiel »Frau H.« (vgl. Fallvignette zu Beginn des Artikels)

Baustein	Beispiele für konkret zu adressierende Unteraspekte
Psychoedukation	– Rückmeldung der Diagnostikergebnisse: vor allem Beeinträchtigungen in geteilter Aufmerksamkeit, im Arbeitsgedächtnis, in der exekutiven Planungsfähigkeit sowie in der Belastbarkeit; zusätzlich nun vor allem Reizbarkeit und depressive Symptomatik; dysfunktionaler Umgang mit Einschränkungen und damit zusammenhängende Überlastung – Einordnung in ICF-Modell inkl. förderlicher und hinderlicher Faktoren auf den Ebenen von Person und Umwelt, Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen (vgl. Abb. 1) – Diagnosen nach ICD-10: F06.7 (leichte kognitive Beeinträchtigung) und F32.0 (leichte depressive Episode) – Erläuterung des Behandlungsplans
Restitution	– Restitutive computergestützte Therapie vor allem in den Bereichen Arbeitsgedächtnis und geteilte Aufmerksamkeit, nach initialer Anleitung vorwiegend im häuslichen Umfeld zwischen den Sitzungen – In den Sitzungen: Nutzung der restitutiven Übungen zur Erarbeitung der Wahrnehmung früher Anzeichen von Überlastung
Kompensation	– Etablierung externer Strategien wie der Nutzung von Kalendern und elektronischen Planungshilfen zur Kompensation von residualen Defiziten im (Arbeits-)Gedächtnis sowie im exekutiven Bereich – Wenn noch erforderlich: Anpassung der Abläufe/Aufgaben in der ehrenamtlichen Tätigkeit – Erarbeitung exekutiver Planungs- und Problemlöseschemata, vor allem anhand von konkreten Beispielen von überfordernden Situationen aus dem Alltag von Frau H. – Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit reduzierter Belastbarkeit (unter anderem die drei Ps: Priorisieren, Planen, Pausenmanagement)
Integrative Verfahren	– Unterstützung der Krankheitsverarbeitung: unter anderem Bearbeitung dysfunktionaler Verarbeitungsschemata wie »Ich muss immer 150 % leisten«/»Wenn ich nichts mehr leiste, gehöre ich endgültig zum alten Eisen« mithilfe verhaltenstherapeutischer Strategien (sokratischer Dialog oder ABC-Schema), klärungsorientierter, erlebnis- und prozessorientierter Therapieansätze – Begleitung von Trauerprozessen über erlittene Verluste; Unterstützung einer neuen Identitätsfindung, unter anderem mit Ansätzen aus der Akzeptanz- und Commitment Therapie; Erarbeitung neuer sinnstiftender Lebensziele – Bearbeitung familiärer Konflikte: unter anderem Exploration veränderter Rollen im Familiengefüge, Psychoedukation der Angehörigen, Auslotung von Unterstützungsbedarf der Angehörigen, systemtherapeutische Ansätze

Fazit und Ausblick

Behandlungsschwerpunkte einer NPPT können je nach individueller Fallkonstellation stark variieren. Im Falle eines bösartigen, lebenszeitverkürzenden Hirntumors wie eines Glioblastoms steht Restitution in der Regel

weniger im Vordergrund, zugunsten des Aufbaus von kompensatorischen Alltagshilfen und vor allem der Unterstützung der Krankheitsverarbeitung. Nach einem einmaligen Schädel-Hirn-Trauma hingegen, also einem Krankheitsereignis, bei dem zunächst von einem stabilen Zustand auszugehen ist, können restitutive Behandlungsansätze gerade in der Anfangsphase einen wichtigen Therapiebaustein bilden. Auch umweltbedingte und personenbezogene Faktoren gemäß ICF wie das Alter sind relevant. Leichte Arbeitsgedächtnisprobleme beeinflussen das Leben eines Schülers anders als das einer Rentnerin. Entgegen landläufigen Meinungen lässt sich eine Hirnschädigung im Kindesalter nicht pauschal »besser wegstecken« als im späteren Lebensalter. Im Gegenteil beobachtet man bei Kindern und Jugendlichen ein Phänomen, das als *»growing into deficit«* bekannt ist (Lidzba et al., 2019). Demnach machen sich im Kindesalter erworbene Hirnschädigungen mit ihren kognitiven und affektiven Problemen häufig erst später bemerkbar, wenn die Anforderungen an das Kind steigen, z. B. beim Schuleintritt oder beim Wechsel auf die weiterführende Schule. Insbesondere in der Pubertät, wenn bei den meisten Jugendlichen vor allem der Wunsch nach Zugehörigkeit zur Peer Group besteht und »Anderssein« von der Umwelt gegebenenfalls bestraft wird, können selbst subtile neuropsychologische Beeinträchtigungen zu einer erheblichen Belastung werden. Aus diesem Grund kann sich eine NPPT von Kindern und Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter hineinziehen und die Fünf-Jahres-Regel (vgl. Tabelle 1) bei der Indikationsprüfung für eine ambulante NPPT gelangt nicht zur Anwendung. Bei neurodegenerativen Erkrankungen im höheren Lebensalter sind hingegen in manchen Fällen die Behandlungsperspektiven zeitlich durch die Vorgabe, nur bei leichten Demenzformen NPPT zulasten der Krankenversicherungen abrechnen zu können, ungünstig limitiert. Bei älteren Personen müssen außerdem natürliche altersbedingte kognitive Abbauprozesse von pathologischen Entwicklungen abgegrenzt werden, und manches Mal ergibt sich daraus eine Verschiebung der Zielsetzung von »Verbesserung« in Richtung »Erhalt«. Analoges gilt – ähnlich wie zu Beginn der Lebensspanne – für entwicklungsbedingte Anpassungsprozesse: Gegebenenfalls muss eine depressive Verarbeitung des Verlustes wichtiger Verstärker beim Renteneintritt neben gleichzeitig maladaptiver Krankheitsverarbeitung nach einem kurz darauf stattfindenden Schlaganfall berücksichtigt werden. So bietet jeder Altersbereich in der NPPT-Behandlung spezifische Herausforderungen, aber auch Chancen, da z. B. im höheren Lebensalter häufig der Druck einer notwendigen beruflichen Wiedereingliederung wegfällt.

Der Artikel soll illustrieren, wie integrativ, individuell und flexibel eine

NPPT gestaltet werden muss, und wie umfassend die theoretischen und praktischen Handlungskompetenzen sind, die von NPPT-Therapeut:innen beherrscht werden müssen. Dem wird durch die Etablierung einer eigenständigen Gebietsweiterbildung nun noch stärker Rechnung getragen.

Literatur

Billino, J., Hennig-Fast, K. & Exner, C. (2022). Neuropsychologische Psychotherapie an Universitäten. *Zeitschrift für Neuropsychologie, 33*(1), 5–10. https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000349

Bundespsychotherapeutenkammer (2021). *Musterweiterbildungsordnung für PsychotherapeutInnen* (Fassung 2021). https://api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen_der_B_Pt_K_d6427e628e.pdf (06.03.2026).

Bundespsychotherapeutenkammer (2023). *Musterweiterbildungsordnung für PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.* https://api.bptk.de/uploads/Muster_Weiterbildungsordnung_PP_und_KJP_der_B_Pt_K_80c727e496.pdf (06.03.2026).

Curvis, W. & Methley, A. (2021). *Acceptance and Commitment Therapy and Brain Injury: A Practical Guide for Clinicians*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003024408

Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U. & May, A. (2004). Changes in grey matter induced by training. *Nature, 427*(6972), 311–312. https://doi.org/10.1038/427311a

Fimm, B., Brinkmann, S., Hildebrandt, H., Nyffeler, T., Pinter, D., Thöne-Otto, A. & Wallesch, C. (2023). Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen, S2E-Leitlinie. In Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. www.dgn.org/leitlinien (06.03.2026).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2025). *Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) in der Fassung vom 17. Januar 2006 (Banz. S. 1523), zuletzt geändert am 17.10.2024, in Kraft getreten am 20.01.2025*. https://www.g-ba.de/richtlinien/7/ (09.03.2026).

Guthke, T., Flückiger, C. & Kleine, T. A. (2021). Neuropsychologische Psychotherapie – ein Überblick über therapeutische Ansätze. *PiD – Psychotherapie im Dialog, 22*(4), 18–25. https://doi.org/10.1055/a-1215-2757

Klinghammer, M., Thoma, P. & Billino, J. (2025). Neuropsychologische Psychotherapie im Approbationsstudium – Quo vadis? *Psychotherapeutenjournal, 24*(1), 12–21. https://doi.org/10.61062/ptj202501.002

Lidzba, K., Everts, R. & Reuner, G. (2019). *Neuropsychologie bei Kindern und Jugendlichen* (Bd. 20). Hogrefe. https://doi.org/10.1026/02835-000

Müller, S. V. & Klein, T. (2019). Diagnostik und Therapie von exekutiven Dysfunktionen bei neurologischen Erkrankungen, S2e-Leitlinie. In Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-125 (09.03.2026).

Steinmetz, J., Seeher, K., Schiess, N. et al. (2024). Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*, 23, 344–381. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00038-3

Svensson, F. L. & Exner, C. (2021). Komorbide psychische Störungen bei Personen mit erwor-

benen Hirnschädigungen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, *22*(04), 56-59. https://doi.org/10.1055/a-1215-2291

Thöne-Otto, A. (2020). Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen bei neurologischen Erkrankungen, S2e-Leitlinie. In Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. www.dgn.org/leitlinien (07.03.2026).

Thöne-Otto, A.I.T. & Klein, T.A. (2024). Neuropsychologische Standardinterventionen. In T. Teismann, P. Thoma, T. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.). *Klinische Psychotherapie: Ein verfahrensübergreifendes Lehr- und Lernbuch*. Hogrefe. https://doi.org/10.1026/03148-000

Thoma, P. & Suchan, B. (2024). Neuropsychologische Diagnostik. In T. Teismann, P. Thoma, T. Taubner, A. Wannemüller & K. von Sydow (Hrsg.), Klinische Psychotherapie: Ein verfahrensübergreifendes Lehr- und Lernbuch. Hogrefe. https://doi.org/10.1026/03148-000

Thoma, P. & Suchan, B. (im Druck). Neuropsychologische Psychotherapie in der ambulanten Praxis (Reihe Fortschritte der Neuropsychologie). Hogrefe.

von Bastian, C.C., Belleville, S., Udale, R.C. , Reinhartz, A., Essounni, M. & Strohbach, T. (2022). Mechanisms underlying training-induced cognitive change. *Nature Reviews Psychology*, 1, 30–41. https://doi.org/10.1038/s44159-021-00001-3

Werheid, K. (2022). Die Neuordnung der psychotherapeutischen Weiterbildung: Status quo und Ausblick aus klinisch-neuropsychologischer Perspektive. *Zeitschrift für Neuropsychologie, 33*(1), 27–31. https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000348

Neuropsychological psychotherapy
A lifespan-spanning form of psychotherapy for individuals with acquired brain injuries

Abstract: Neuropsychological psychotherapy (NPPT) is provided to individuals of all ages with psychological disorders associated with acquired brain injuries in outpatient settings and financed by health insurance funds and employers' liability insurance associations in Germany. Some causes of acquired brain injuries (e.g. strokes or dementias) primarily affect older adults. The focus of NPPT lies on the cognitive, affective, and behavioral consequences of an acquired brain injury or disease. This includes a holistic consideration of the psychosocial consequences for the affected individual (e.g., for fitness to drive and for school or vocational reintegration or early retirement), as well as for the social environment (e.g., changed role dynamics in partnerships and families).

In accordance with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), it is essential to examine facilitating and hindering factors in these contexts and, considering the individual's functional and structural impairments as well as resources, to assess and optimally influence the consequences for activities and societal participation. This requires specific and comprehensive qualification of NPPT therapists.

Keywords: neuropsychological psychotherapy, acquired brain injury, cognitive impairment, personality and behavioral changes following brain injury, ICF

Die Autorin

Patrizia Thoma, Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Psych, Jg. 1979, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Klinische Neuropsychologie (PTK NRW). Forscht schwerpunktmäßig im Bereich Soziale Kognitionen und psychosoziale Veränderungen bei psychischen und neurologischen

Erkrankungen. Leitung Neuropsychologisches Therapie Centrum einschließlich Ruhr-Akademie für Neuropsychologie an der Ruhr-Universität Bochum, Weiterbildungsbefugte, Selbsterfahrungsanleiterin und Supervisorin für Neuropsychologische Psychotherapie.

Kontakt

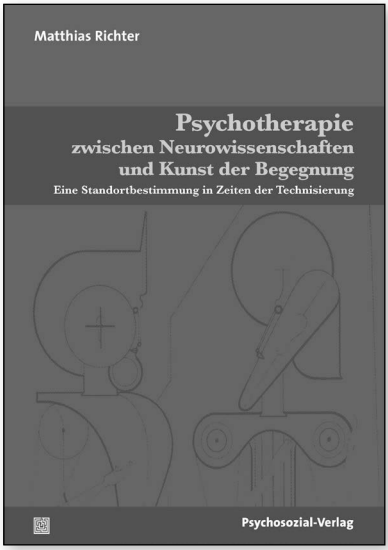
Prof. Dr. Patrizia Thoma
Neuropsychologisches Therapie Centrum, Fakultät für Psychologie,
Ruhr-Universität Bochum, Poststelle GB, Postfach 114
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum, Deutschland
E-Mail: patrizia.thoma@rub.de

Psychosozial-Verlag

Matthias Richter

Psychotherapie zwischen Neurowissenschaften und Kunst der Begegnung

Eine Standortbestimmung in Zeiten der Technisierung



2019 · 437 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2863-1

Was lässt Psychotherapie gelingen? Sind es bestimmte nach dem Modell der Organmedizin zweckrational eingesetzte Interventionen und Techniken – oder macht viel eher die zwischenmenschliche Haltung den alles entscheidenden Unterschied in der psychotherapeutischen Praxis? Die aktuell zunehmende Engführung der Psychotherapie auf neurobiologische Kriterien bringt die Tendenz zur Technisierung und Ökonomisierung mit sich. Im Zuge dieses Wandels der therapeutischen Haltung sind PsychotherapeutInnen dazu aufgerufen, sich über die Art und Weise ihres Handelns grundsätzlich zu verständigen.

Eine zur Technisierung alternative Haltung ist das Handeln als Kunst. Die Kunst befragt und lässt sich ansprechen, sie öffnet sich als Handlungsweise für das Selbstsein und den Selbstwert ihres Gegenübers. In Zeiten der Technisierung und Ökonomisierung könnte es für PsychotherapeutInnen nichts Geringeres als eine Kunst erfordern, sich die Offenheit und den Sinn für die personale Existenz ihres Gegenübers zu bewahren. Mit diesem Plädoyer für die psychotherapeutische Praxis als Kunst der Begegnung legt Matthias Richter einen originären Ansatz vor und verhilft der beziehungsorientierten Psychotherapie darüber hinaus zu einem eigenständigeren wissenschaftlichen Paradigma.

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de