

„Anosognosie“, Verhalten, Erfahrung, Therapie.

Franz Dick 2 / 2007

I Ein Beispiel: Patientin mit Antonsyndrom

II Der Begriff Anosognosie;
seine Entstehung; seine Wandlungen

III. Erster Exkurs: Einige neuropsychologische Forschungsergebnisse zu dem
Thema Anosognosie

IV Zweiter Exkurs: Voraussetzungen des Begriffs

V Störungsbewusstsein und Verhalten

VI Störungsbewusstsein und Erfahrung

VII Störungsbewusstsein und Emotion

VIII Störungsbewusstsein, Kommunikation und Therapie

Die klinische Neuropsychologie handelt von den vielfältigen psychischen Veränderungen nach Hirnschädigung. Wie diese Veränderungen von dem betroffenen Individuum, wahrgenommen und in seine Persönlichkeit integriert werden, ist ein großes Problem in der Neuropsychologie. Ein weites Feld auch, da der zugehörige Schlüsselbegriff ‚Störungsbewusstsein‘ ein relationaler Begriff ist, mit unterschiedlichen Inhalten, sozusagen quer durch Neurologische und psychologische Zustandsbilder. („Störungen und ihre Beziehung zum Bewusstsein“) Es kreuzen sich also die Begriffe der Neurologie einerseits und bewusster Prozesse andererseits; und – je nach theoretischer Orientierung – die emotionale Dynamik zwischen diesen Polen.

„Störungsbewusstsein“ - Das betrifft die Sozialbeziehungen und die Kommunikation mit anderen Menschen. Es betrifft im Besonderen die Therapiemotivation innerhalb der Rehabilitation; das ist naheliegend: Für einen Patienten, der seine Erkrankungen oder einzelne von deren Folgen nicht wahrnimmt, ist die Welt noch in Ordnung; das Problem mit seiner Erkrankung haben andere.

Ohne Bezug auf Fragen von Erkenntnistheorie und Methodik, philosophische Fragen also, lässt sich das Thema nicht diskutieren. -

I Ein Beispiel: Patientin mit Antonsyndrom

Zunächst zu einem Fall besonders krasser Nichterkennung einer neuropsychologischen Behinderung. (Auf Video dokumentiert).

Eine etwa 70 jährige Patientin (etwa 4 Wochen nach einer Gehirnblutung im Posteriorbereich) gibt in der Exploration an, sie sehe normal. Jegliche klinisch-neurologische Prüfung ergibt dagegen, dass sie blind ist. Sie verhält sich auch in vieler Hinsicht blind: Sie tastet sich vor, statt gezielt nach Gegenständen zu greifen. Offenbar erkennt sie nicht ihre Blindheit. Dabei ist diese doch „offensichtlich“ - *für Außenstehende*. Die Patientin weiß doch, wie es sich anfühlt, zu sehen, und sie müsste doch realisieren, dass ihr das jetzt fehlt. - Man muß dazu wissen: Die Patientin ist zur Person, zu Ort orientiert, zum Zeitpunkt unscharf orientiert; sie regiert in vieler Hinsicht adäquat, sie ist also nicht verwirrt. Von Beruf ist sie Schneiderin. Sie ist in ihren positiven emotionalen Äußerungen sehr expressiv, dabei in ihrer Art sehr charmant.

Sie erkennt also nicht - oder sie „verleugnet“ ihre Blindheit. Die Neuropsychologie hat einen Begriff dafür: **Antonsyndrom**; dieses Syndrom ist benannt nach dem Neurologen Anton, der das Phänomen in den letzten Jahren des 19ten Jahrhunderts etwa so beschrieben hat: „*Nicht sehen, aber – auch bei Befragung und Hinweisen - nicht wissen, dass man nicht sieht.*“

Gelegentlich wird das Anton-Syndrom wie folgt definiert: Im Falle von Blindheit „*sich verhalten, als ob man sieht*“ (z.B. Karnath)¹. - Dabei geht jedenfalls dieses Beispiel weiter: Die Patientin verhält sich nur insofern sehend, als sie *behauptet*, zu sehen. *Praktisch* aber, d.h. in ihren Bewegungen und Handlungen, verhält sie sich blind. Sie greift nicht blind ins Leere. Sie stützt sich – eben wie Blinde - auf ihren Tastsinn. Sie tastet ab, wenn auch ungeübt. Was für den Beobachter erst nach Überlegung auffällt: Sie verlässt nicht den Rollstuhl, ein „sinnvolles“ Verhalten bei Blindheit. Das *nichtblinde* „Verhalten“ beschränkt sich auf das *Verbalverhalten*, die Selbstauskunft, die geäußerte Selbstreflexion. – Das Verbalverhalten – und die daraus für uns zu erschließende innere Wahrnehmung ihres Sehens bzw. Nichtsehens - ist in dem berichteten Fall offenbar abgekoppelt von der wirklichen Sinnesbehinderung und auch dem partiell adäquaten Verhalten. - Bei anderen zerebral blinden Patienten kann das anders sein: Sie verhalten sich nicht nur in ihren verbalen Äußerungen sondern auch in ihrer räumlichen Orientierung sehend: Sie sind unvorsichtig, stoßen sich an Gegenstände und stehen also in der Gefahr, sich zu gefährden.

¹ Karnath (2003, S.)

II Der Begriff Anosognosie; seine Entstehung; seine Wandlungen

Die Neuropsychologie hat allgemein dafür den Begriff: ‚Anosognosie‘ geprägt: Nichtwahrnehmung einer Störung. Damit hat man einen *Syndrombegriff*, d.h. die Feststellung von typisch gemeinsam Auftretendem. Aber ein Begriff ist noch keine Erklärung. Als Erklärung für Phänomene dieser Art - diese Phänomene sind bei neurologischen Patienten weit verbreitet - wird häufig danach gesucht, bei welcher Lokalisation der Läsion im Großhirn sie auftreten. Gäbe es einen Hinweis für einen *einheitlichen Ort* als Entstehungsbedingung, hätte man eine Art Erklärung: Ein Ort im Gehirn, der irgendwie zuständig sei für das Erkennen von Störungen – so wie der Okzipitalbereich bekanntlich zuständig ist für die primäre Sehverarbeitung, da in ihm erst einmal die Signale vom Auge „ankommen“, sozusagen ein Übergangsbereich zwischen den Augen und dem Erkennen der äußeren Objekte. Dieser Ort wäre der Ort des inneren Beobachters der gestörten Funktionsbereiche.

Neurologie und Neuropsychologie sind aber nicht besonders erfolgreich mit der Suche nach *einem* solchen Ort im Gehirn. Oder nach *mehreren* Orten, die sich die Zuständigkeit je nach Einzelfunktionen aufteilen würden. Es mutet auch absurd an, dass ein oder mehrere Orte im Gehirn zuständig wären für das Erkennen von Störungen und letztlich der umfassenden Selbstwahrnehmung. Das wäre eine Art innerer Monitor, vor dem ein irgendwie geartetes „ICH“ oder „SELBST“ sitzen und den eigenen Körper und das psychische Leben beobachten würde. So einfach kann es nicht sein.

Vom Wort her meint der Begriff ‚Anosognosie‘ das Nichterkennen einer Erkrankung. Beschrieben wurde es schon in der Antike, vom alten Seneca in einem Brief: *„Du weißt, dass Harpastes, die alberne Gefährtin meiner Frau, wie eine geerbte Last in unserem Haus verweilt.... Diese törichte Frau hat plötzlich ihre Sehkraft verloren. Es mag unglaublich erscheinen, aber was ich Dir erzähle ist wahr. Sie weiß nicht, dass sie blind ist. Deshalb sagt sie ihrem Wächter immer und immer wieder, dass er sie woanders hinbringen soll. Sie behauptet, dass mein Heim dunkel sei.“*² Aus heutiger Sicht wird man die Krankheit von Harpastes eine „Anosognosie“, genauer: ein „Anton-Syndrom“, nennen. Mehr noch, der alte Seneca beschreibt sie so, als ob sie den neuropsychologischen Lehrbüchern entsprungen wäre: Harpastes beanstandet, dass ihre Umgebung dunkel sein, sie projiziert ihr eigenes Sehproblem in die äußeren Umstände.

² Prigatano 2004 S. 12

In der Geschichte der Neurologie³ wurde das Phänomen zuerst beschrieben von von Monakow; der *Begriff* wurde geprägt von Babinski⁴, aber angewendet nur für das Nichterkennen einer zerebral bedingten Lähmung. Er wurde von den Autoren Gerstmann, Weinstein und Kahn (und wohl auch anderen) ausgeweitet und auf andere neurologische Symptome angewendet.⁵ Man spricht inzwischen von „Anosognosie für eine Gesichtsfeldeinschränkung“, „für zerebrale Taubheit“, „für eine Störung der Raumorientierung“, „für eine Gedächtnisstörung“ usw.

So hat sich der Begriff unmerklich aber bedeutsam gewandelt:

- Er wurde zunächst für **beobachtbare** somatische Phänomene geprägt (für eine nicht wahrgenommene Parese), für etwas, das „im Prinzip“ wahrnehmbar sein sollte;
- Er wurde dann auf **erschließbare** sensorische Behinderungen (z.B. Hemianopsie) angewendet,
- und schließlich auch auf **ebenfalls erschließbare** kognitive Behinderungen (z.B. Gedächtnisstörung) ausgedehnt.

Aus der Anosognosie (als eigenständig qualitatives Syndrom) ist Anosognosie *für etwas (für ein Symptom, für eine Behinderung)* geworden. Er meint jetzt nur noch – sozusagen rein deskriptiv – ein Merkmal *im Zusammenhang mit anderen*, oder besser gesagt, eine *Relation*, eine Beziehung zwischen einem neurologischen / neuropsychologischen Symptom und seiner Repräsentation im (Selbst-) Bewusstsein. (*Anosognosie für...*). - Und er wird auch in quantitativer Abstufung verwendet: **komplette** und **partielle Anosognosie**.

In der Neuropsychologie wird er heutzutage im Großen und Ganzen ersetzt oder ergänzt durch „**Awareness**“.⁶ – *Bewusstheit* für Funktionen und deren Störungen; und dessen negativem Pol: „**Unawareness**“. Im Unterschied zu „Anosognosie“ meint Awareness jetzt die *Funktion* der Erkennung allgemein und nicht bloß deren negativen Pol (Anoso..., d.h. Nichterkennung). - Dieser Terminus aus dem angloamerikanischen Sprachbereich hat sich in der deutschsprachigen Literatur durchgesetzt. Er wirkt irgendwie kühl und sachlich. Er hat den Vorteil, dass in ihm nicht mehr die Konnotationen der alten philosophischen Debatte anklingen. („*Sein und Bewusstsein*“) Oder, je nach Standpunkt, den

³ Anosognosie wird in älteren Lehrbüchern als eine besondere Art der *Agnosie* abgehandelt. Eine sehr oberflächliche Qualifizierung, die von dem Wortbestandteil „Gnosie“ ausgeht und nicht den unterschiedlichen Status von Agnosie (als Defizit in der Perzeption der äußeren Welt) und Anosognosie (als Defizit der Selbstwahrnehmung und der Selbstreflexion) berücksichtigt.

⁴ Vgl. Säring, Prosiegel & v. Cramon (1988)

⁵ Vgl. Miller Fisher (1989)

⁶ Z.B. von Kerkhoff (2004).

Nachteil; jedenfalls die erkenntnistheoretischen Probleme sind durch den Wandel des Terminus nicht behoben. – Verwandte Begriffe in der deutschsprachigen Literatur sind (**Selbst-) Kritik**’ und auf dem negativen Pol: „**Kritikminderung**“.

Im Folgenden verwenden wir gleichwohl den Begriff „Störungsbewusstsein“, da in diesem eindeutig der Bezug zum Bewusstsein einerseits und zu dessen besonderem Inhalt (der „Störung“) andererseits zum Ausdruck kommt.

III. Erster Exkurs: Einige neuropsychologische Forschungsergebnisse zu dem Thema Anosognosie

Wir geben einige Forschungsergebnisse zur Anosognosie (dem negativen Pol von Störungsbewusstsein) so wieder, wie sie berichtet werden, ohne Rekurs auf die damit verbundenen erkenntnistheoretischen Probleme. Wir stützen uns dabei vor allem auf das bedeutende Buch von Prigatano (2004)⁷

- Anosognosie ist in der Regel *nicht verallgemeinert*, sie kann sich selektiv auf Behinderungen beziehen. Ein Patient kann sich seiner linksseitigen Parese bewusst sein und gleichzeitig nicht seiner Hemianopsie. Usw.
- Die Beziehung zu *Läsionsorten* ist nicht so eng, wie man erwartet hatte. Man kann aber sagen, dass sie bei größeren Läsionen eher auftritt als bei kleineren. Sie kann aber auch bei kleinen Läsionen auftreten.
- Sie tritt bei bilateralen Läsionen häufiger oder stärker auf als bei unilateralen Läsionen.
- Sie tritt in der postakuten Phase eher auf. In der späteren Phase geht sie in der Regel zurück. Es verbleiben aber häufig Residuen.
- Sie kann über die Zeit fluktuieren. Patienten können sich vorübergehend einer Behinderung bewusst sein und ein andermal wieder nicht. (Vgl Ramachandran und Marc Solms.)

⁷ Vgl. Prigatano aaO

➤ Man hatte versucht, sie auf verallgemeinerte kognitive Minderleistungen zurückzuführen. Sie kann aber auch bei guter Intelligenz auftreten.⁸

➤ Es gibt allerdings bei Schädelhirntrauma-Patienten Beziehungen zum prätraumatischen Intelligenz- und Bildungsniveau: Distanzloses und wenig „kontrolliertes“ Sozialverhalten wird von Menschen mit sehr niedriger Intelligenz / Bildung weniger selbstkritisch erkannt.

➤ In verschiedenen Kulturen unterscheidet sich die Selbsteinschätzung nach Hirnschädigung. Die kulturelle Bewertung von Behinderung / Eigenständigkeit wirkt sich aus: Z.B.: in norditalienischen katholischen Gegenden trat Verleugnung von Krankheit weniger auf als in calvinistisch-protestantischen Gegenden der Schweiz. (religiös beeinflusste Betonung von „Demut“ vs. protestantische Betonung der Autonomie des Individuums.) (Es sei aber erinnert, dass es sich bei solchen Aussagen um Gruppenuntersuchungen handelt, d.h. sie kann sich auf geringgradige Differenzen im Gruppenvergleich beziehen.)

➤ Sich in Neurologie und Neuropsychologie auszukennen – und entsprechend Störungsbilder zu kennen - bewahrt nicht vor Anosognosie. Es gibt beeindruckende Berichte von Spezialisten, die innerhalb einer Krankheitsphase über ihre Behinderungen falsche Auskunft gaben – oder nach der postakuten Phase immer noch falsche Auskunft geben, wenn sie sich ansonsten schon gut erholt hatten.

➤ Anosognosie kann auch bei Menschen mit peripheren Behinderungen ohne kortikale Ursache auftreten (Arm- und Beinlähmung als Folge peripherer Nervenläsionen).⁹

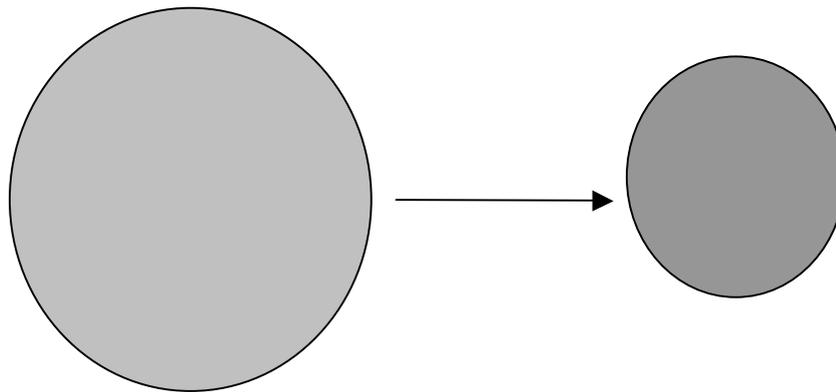
➤ In diesem Zusammenhang wollen wir einige Erfahrungen innerhalb der neuropsychologischen Rehabilitation nennen: Anosognostische Patienten füllen ihre (Umwelt-) Wahrnehmung aus, z.B. Halluzinationen im hemianopen Feld und mnestiche Konfabulationen. Was sie nicht wahrnehmen oder nicht erinnern, das ergänzt das Gehirn auf „pathologische“ Art und Weise. („*pathologisch*“ d.h. hier: gleichbedeutend mit „*nicht realistisch*“)

⁸ Streng genommen müsste man sagen: Bei guter *sonstiger* Intelligenz. Denn die Selbstwahrnehmung sollte man doch zur Intelligenz zählen – wie immer man sie genau definiert wird.

⁹ O. Sacks beschreibt das in einem seiner berühmten Bücher: *Der Tag an dem mein Bein fortging*, 1989

IV Zweiter Exkurs: Voraussetzungen des Begriffs

Für die folgenden Ausführungen ist es notwendig, etwas auszuholen und zu reflektieren über den Begriff, Störungsbewusstsein'. Dabei werde ich das *Neuropsychologische* in das *Psychologische* einbetten, so weit das möglich ist. Dann werde ich dahin zurückkommen, wo „das *Psychologische*“ zum Neuro-psychologischen hin überschritten wird, d.h. das Psychologische nicht ohne Bezug zur Gehirnverletzung und ihrer Lokalisation zu verstehen ist.



Behinderung

Repräsentation der Behinderung
im Bewusstsein.

Abbildung 1

„Störungsbewusstsein“ wird in der Regel so gehandhabt, als ob die Bewusstheit einer Behinderung etwas Eigenständiges gegenüber der Behinderung wäre und mit ihr selbst nichts zu tun hätte. Es tritt dann das Problem auf, dass eine falsch wahrgenommene Behinderung im Bewusstsein (bzw. Awareness) besonderer Erklärung bedarf.

Zunächst: Jegliche „Störung“ setzt begrifflich eine Vorstellung von intaktem Funktionieren voraus; *Störungsbewusstsein* entsprechend eine Vorstellung davon, dass eine Störung grundsätzlich im Bewusstsein repräsentiert sein kann. „Repräsentation“ setzt dabei stillschweigend voraus, dass das Repräsentierte unabhängig von dem repräsentierenden Abbild besteht. „*Mangelndes Störungsbewusstsein*“ (oder „*Anosognosie für...*“) .. drückt dann aus, dass sie im konkreten Fall nicht repräsentiert ist.

Wenn der Begriff gebraucht wird, ist in dieser Regel vom *anderen* (im klinischen Bereich von Patienten) die Rede. Dass „der andere“ kein Störungsbewusstsein habe, drückt aus, dass die Außensicht auf den Patienten – die Beobachtung der Störung – und die Innensicht des Patienten selbst – seine Selbstwahrnehmung - sich unterscheiden. – Dass die „Innenansicht“ eines Menschen sich unterscheidet von der „Außenansicht“ ist aber bekanntlich ein allgemeines Phänomen, ein sozusagen zwischenmenschlich allgemeines Phänomen. Es drückt aus, dass ein Außenstehender ein anderes Bezugssystem, ein anderes Koordinatensystem seiner Einschätzung hat. In einer sozialen Gemeinschaft, in der alle Individuen blind wären, wäre das Blindsein keine Störung, keine Behinderung, da eine Differenzierung, die das unterschiedliche Bezugssystem ausmacht, nicht vorliegt. Es sind triviale Feststellungen; in der Regel ist das eigene Bezugssystem mitgedacht, wenn auch unbewusst. Es ist „selbstverständlich“, daher wird es nicht thematisiert. Das ist bei körperlichen Symptomen nahe liegend: Körperliche Normalität ist im Vergleich zu Parese usw vergleichsweise leicht abzugrenzen. Bei psychischen Störungen ist es schon schwieriger, und entsprechend kann es zu Problemen führen, wenn es nicht expliziert wird.

Nur die bizarre Eigentümlichkeit, dass etwas in der Außensicht so Offensichtliches wie eine Lähmung - oder partielle bzw. vollständige Blindheit - nicht spontan erkannt und sogar bei Nachfrage verneint wird, rechtfertigt und erklärt, dass dieses Nichterkennen als *Syndrombegriff* klinische Dignität erfahren konnte. – Das Phänomen selbst aber ist universeller Natur.

V Störungsbewusstsein und Verhalten

Das berichtete Beispiel von Anosognosie bei zerebraler Blindheit hat den Autor darauf gebracht, dass das praktische Verhalten von Patienten bei mangelndem Störungsbewusstsein in unterschiedlicher Relation zur Behinderung und zum Bewusstsein stehen kann. Ein Gesichtspunkt, der mir in dieser Weise innerhalb der Literatur nicht begegnet ist.

Das soll allgemein in den schematischen Darstellungen ausgeführt werden. Dabei werden nur die *Wirkungen* von einem Bereich auf die anderen genannt, die *Rückwirkungen* sind hier – der Deutlichkeit der Darstellung zuliebe - ausgespart. - Es wird sich zeigen, dass es unterschiedliche

Dissoziationen geben kann, die in dem Allgemeinbegriff „Anosognosie“ nicht in dieser Vielfalt repräsentiert sind.¹⁰

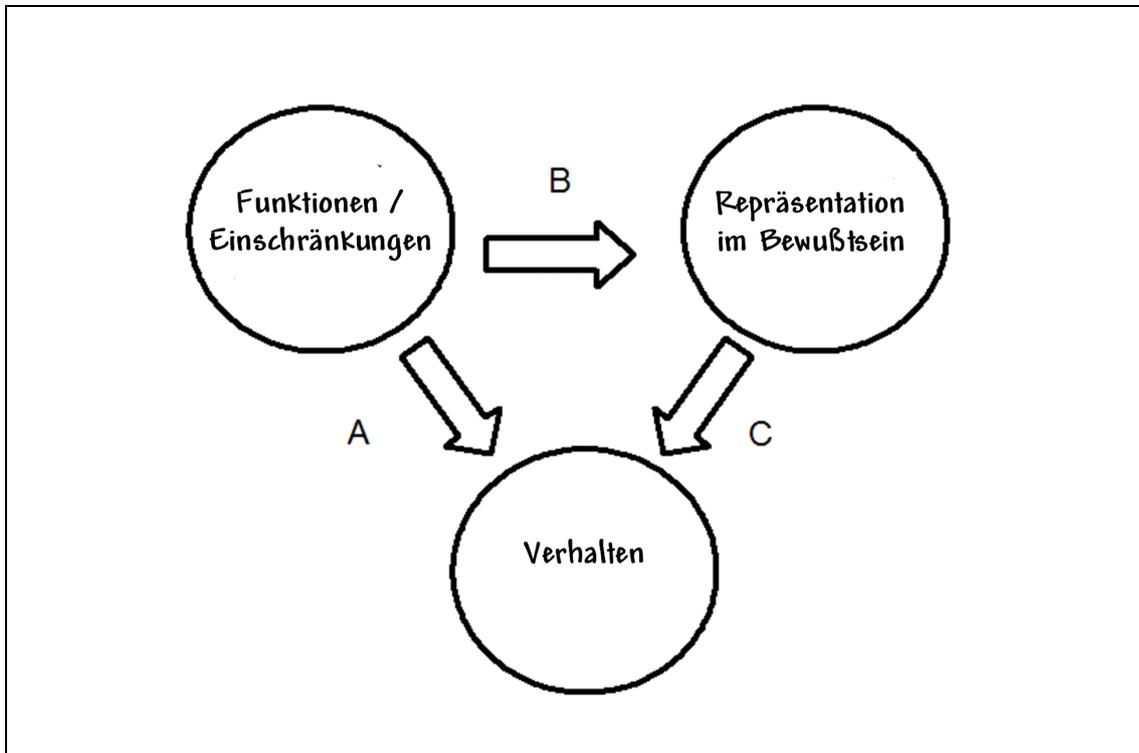


Abbildung 2

Wirkungen zwischen den Funktionen / Funktionseinschränkungen, ihrer Repräsentation im Bewusstsein, ihrem Einfluss auf das Verhalten. Das Schema ist noch „leer“, es enthält noch keinen Bezug zu einer Anosognosie. Aber die Pfeile deuten an, an welchen Stellen es Unterbrechungen – Dissoziationen – geben kann. – Gleichzeitig skizziert es den „Normalfall“: Angenommen, die Funktion ist eingeschränkt, d.h. es besteht eine Behinderung. Diese wirkt „spontan“ auf das Verhalten ein, und zwar in adäquater Weise. Beispiele: Rechtshändiger Patient mit einer Parese des rechten Armes, der spontan mit dem linken Arm greift. Oder ein blinder Patient, der „instinktiv“ seine intakten Sinne, Hören und Tastsinn aktivieren würde. Die Behinderung wird aber auch bewusst wahrgenommen und wirkt auf das Verhalten, indem es zu bewusster Kompensation hinführt oder dazu, dass Übungen gemacht werden, die zur Restitution führen können. : .

¹⁰ Der Begriff ‚Dissoziation‘ ist im bloß deskriptiven Sinne gemeint, ohne Bezug auf seine psychodynamische Ausdeutung.

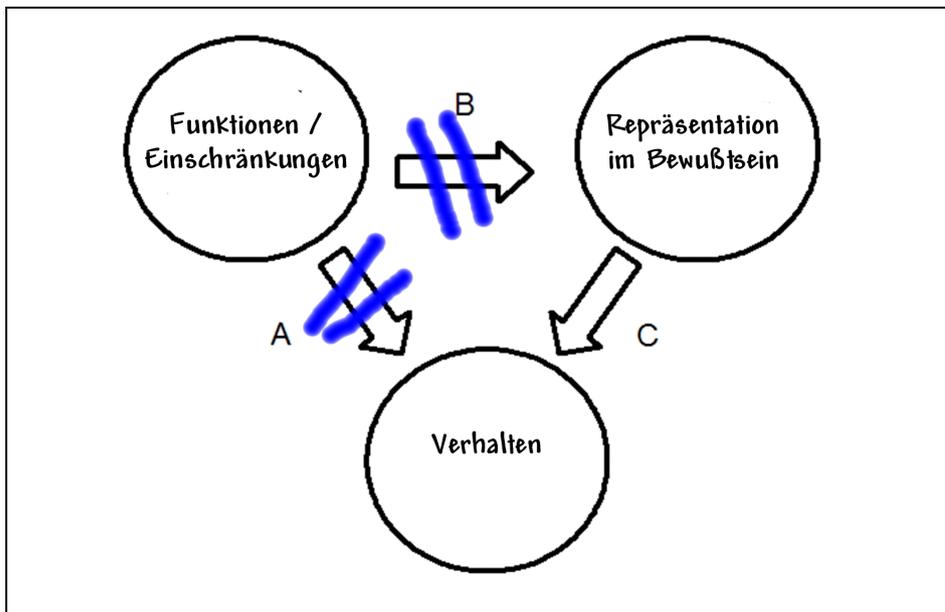


Abbildung 3

Es besteht eine Behinderung, diese wirkt nicht spontan auf das Verhalten ein, und sie ist im Bewusstsein nicht repräsentiert. Der Patient „weiß“ nicht um die Behinderung. Entsprechend ignoriert er die Behinderung in seinem praktischen Verhalten. ZB. Patienten mit Hemianopie (im Frühstadium) oder Neglect. Nicht nur, dass sie Objekte auf der blinden bzw. vernachlässigten Seite nicht spontan wahrnehmen. Sie verhalten sich „anosognostisch“, sie stoßen sich immer wieder an. Das Nichtwissen und das Verhalten stimmen miteinander überein.

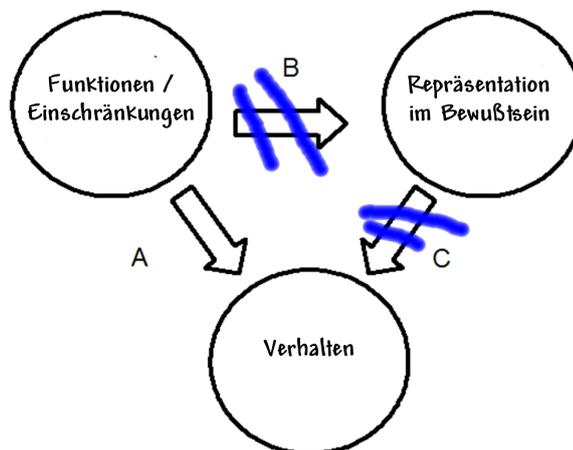


Abbildung 4

Die Behinderung wirkt „spontan“ auf das Verhalten, sie ist aber im Bewusstsein nicht repräsentiert. Behinderung und Bewusstsein sind dissoziiert, und ebenso Verhalten und Bewusstsein; nicht aber Behinderung und Verhalten. Der Patient verhält sich nicht anosognostisch, sondern adäquat

(im Verhältnis zur Behinderung) Beispiel: die oben genannte Patientin mit Anton-Syndrom: Weder die Behinderung noch das behinderungsgerechte Verhalten sind im Bewusstsein repräsentiert.

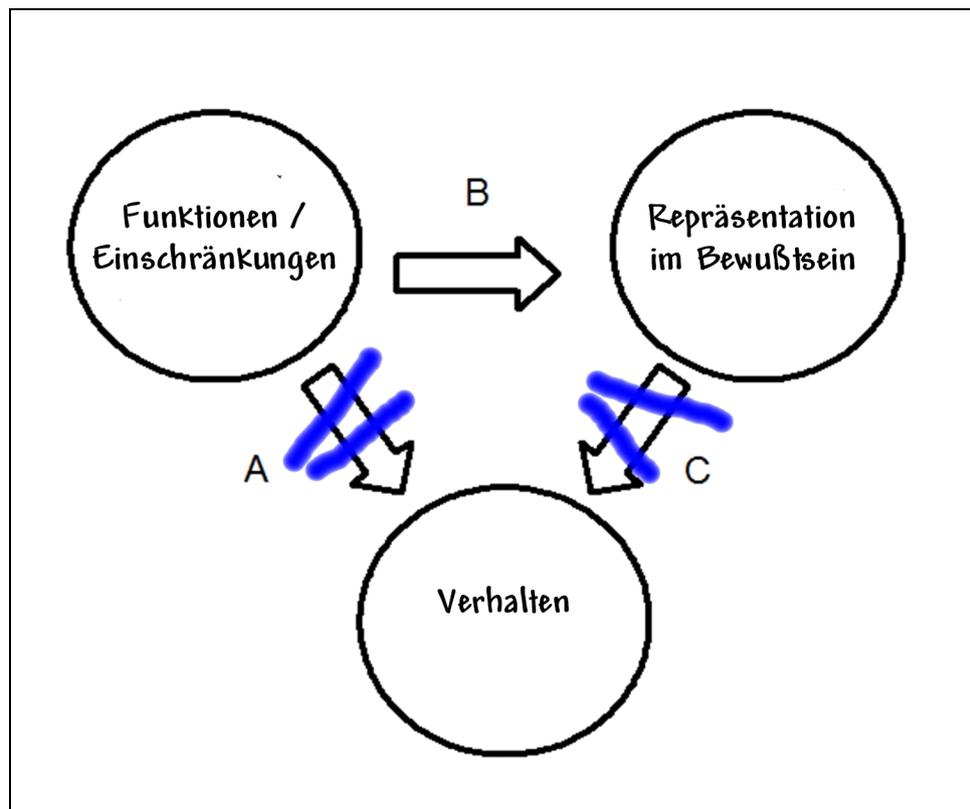


Abbildung 5

Der Patient hat eine Behinderung, diese ist in seinem Bewusstsein repräsentiert; das Wissen hat aber situativ keine oder wenig Konsequenz auf das Verhalten. Patient ignoriert in seinem praktischen Verhalten die Behinderung. ZB Patienten mit Hemianopsie oder Neglect in einer späteren Phase. Das Wissen nützt hier nicht viel, es wird nicht in die Alltagspraxis umgesetzt. Es macht den Eindruck, dass es sich nur ein irgendwie abstraktes Wissen handelt, das von außen herangetragen wurde.

Es sollte deutlich werden, dass das „Syndrom“ Anosognosie heterogen ist. Das Gemeinsame, das in dem Begriff angesprochen wird, ist nur der Umstand des Nichterkennens einer Behinderung. Ansonsten enthält er in sich Differenzierungen, die wesentlich sind.

Es wird hier in den konkreten Beispielen die Frage berührt, welche Bedeutung bewussten Prozessen – im Unterschied zu automatisch-unbewussten zukommt. In der modernen Neurobiologie und in der Psychoanalyse wird die folgende Auffassung dazu vertreten: Für die Verarbeitung wenig komplexer Information bei bekannter Situation reicht die unbewusst-automatisierte Verarbeitung aus. Vor allem wenn neue Situationen mit neuen Anforderungen, eventuell mit uneindeutigen oder konflikthafter Informationen usw. auftreten, wird bewusste Verarbeitung mobilisiert. Dadurch schafft

das Bewusstsein einen Anpassungsvorteil. – Daraus folgt, auf die Beispiele angewendet, dass im Falle von Anosognosie dieser Vorteil nicht mobilisiert wird. Für den Patienten mag die Welt aktuell in Ordnung sein (dazu siehe unten), aber er greift nicht zurück auf seine Ressourcen, arbeitet schon gar nicht an der Überwindung seiner Behinderung usw. Im Extremfall gefährdet er sich selbst. (Der Patient, der seine (partielle) Blindheit nicht erkennt, aber sehr wohl Auto fahren will usw.) - Etwas anders liegt der Fall in dem Schema 4: Die Patientin in unserem Beispiel stellt sich spontan auf die Behinderung ein, sie scheint dazu die bewusste Verarbeitung (in dieser Hinsicht) gar nicht zu benötigen. Ein Störungsbewusstsein scheint hier überflüssig. (Das gilt natürlich nur bei sehr enger Betrachtungsweise, d.h. kurzfristig und in bezug auf einfache Orientierungshandlungen.) Die Repräsentation der Sehfunktion ist dissoziiert von der Sehfunktion selbst; sie scheint aber auch dissoziiert von den übrigen kognitiven Prozessen: Die Patientin ist nicht verwirrt, sie kann sinnvolle Fragen sinnvoll beantworten usw. Im Bewusstsein scheint – bezogen auf das Sehen – eine Art blinder Fleck, ein Skotom, zu bestehen.

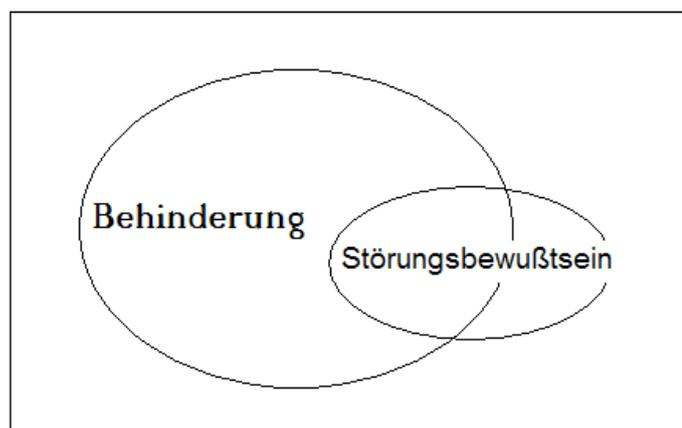


Abb. 6

Der Außenbereich des kleinen Kreises drückt die Verbaläußerung aus. Sie steht selbst außerhalb der Behinderung (der Patient kann darüber sprechen, er sagt aber etwas Falsches).

Das Schema 1 ist hier abgewandelt. Die Reflexion des Symptoms ist nicht diesem äußerlich, sie ist ein Teil davon. - In dem Fall bedarf nicht die Falschdarstellung der Behinderung im Bewusstsein (siehe oben, Abb. 1) besonderer Erklärung; vielmehr muss die Behinderung selbst erklärt werden. Mit der Erklärung der Behinderung ist auch deren Falschwahrnehmung erklärt.

V Störungsbewusstsein und Erfahrbarkeit *von* und Erfahrungen *mit* der Behinderung

In manchen Fällen gehört die Nichtwahrnehmung *begrifflich* oder *logisch* zu der Störung dazu und ist nicht bloß eine Widerspiegelung auf kognitiver Ebene, die vorhanden sein oder fehlen kann; die also dem Phänomen selbst äußerlich ist. - Das Beispiel des **psychotischen Wahnsystems**: Der Pt ist überzeugt von seiner Vorstellung. Diese Überzeugtheit gehört definitionsgemäß zum Wahnsystem. Zu sagen, er habe „kein Störungsbewusstsein“ hat keinen Sinn; es fügt bloß hinzu was in dem Begriff schon gesagt ist. Wenn er sich später von seinen Vorstellungen „distanziert“, so ist es kein „echtes“ oder jedenfalls kein „akutes“ Wahnsystem mehr. Das mangelnde Störungsbewusstsein gehört *logisch* (definitiv) zu dem Begriff. Das Wahnsystem führt zu Angst, eventuell zu Panik; aber als „Behinderung“ wird es nicht wahrgenommen, da das Vorgestellte sozusagen als echt wahrgenommen wird.

Im neurologischen Bereich: Patienten in der akuten/postakuten Phase, mit schwerem Neglect-Syndrom, nehmen nur einen Teil der Welt wahr. Sie halten den wahrgenommenen Teil für das Ganze. In den Begriffen von räumlichem Bezugssystem: Nicht nur die Wahrnehmung ist verzerrt; das räumliche Koordinatensystem der Wahrnehmung ist verändert gegenüber dem des Beobachters. - Die verzerrte Selbstwahrnehmung ergibt sich sozusagen *logisch* aus der verzerrten Welterfahrung, wenn auch in anderer Weise als im Falle des Wahnsystems. – Behinderung und deren Repräsentation sind nicht voneinander geschieden. (Schema) *Die Behinderung selbst umfasst in diesem Fall ihre Reflexion im Bewusstsein.*

Das ist ähnlich bei Aphasien der Fall, bei denen das Sprachverständnis stark gestört ist. Bei dem Patienten mit **Wernicke-Aphasie** entgleist (idealtypisch) nicht nur das Sprechen auf eine barocke Art und Weise, sondern auch und vor allem das Verstehen. Wernicke-Aphasiker unterlegen den gehörten Worten und Sätzen einen Sinn – nur eben einen „falschen“ (einen, der sich entfernt vom allgemeinen Lexikon). So verwenden sie dann auch selbst falsche Wörter da sie falsch verstehen falsch was sie selbst sagen. Warum sollten sie – in dieser Phase – ein „Störungsbewusstsein“ entwickeln? Für sie selbst ist die Welt in Ordnung, nur anderen fällt die falsche Bedeutungszuordnung auf.

Psychotisches Wahnsystem und schweres Neglectsyndrom (oder Wernicke-Aphasie) in der Frühphase unterscheiden sich in vieler Hinsicht, gemeinsam ist ihnen, dass sie auf verzerrter Erfahrung beruhen, oder, genauer: selbst verzerrte Wahrnehmung *sind*.

Behinderungen unterscheiden sich in der Erfahrbarkeit. Im Großen und Ganzen sind körperliche Behinderungen leicht wahrzunehmen, psychische – im weitesten Sinne – schwer. Sensorische Behinderungen liegen dazwischen. Mit Ausnahmen: **Farbenblindheit** wahrzunehmen ist einem Individuum nicht spontan möglich. (Es ist ein Gemeinplatz, dass viele Farbenblinde, bekanntlich vor allem Männer, von ihrer Farbenblindheit nichts wissen – bis eine ärztliche Sehprüfung eine solche an den Tag bringt.) Auch das *Wissen* dass es Farbenblindheit als eine mögliche Sehbehinderung bei anderen Menschen gibt, hilft zunächst nicht, da dem Farbenblinden das Anderssein seiner Wahrnehmung spontan nicht auffällt, da er die Welt immer mit seinen Augen sieht.¹¹ – Am Extrem steht in dieser Hinsicht das extreme Neglectsyndrom, bei dem wie gesagt, die Koordinaten der Perzeption verändert sind.

Erst besondere Konfrontationen und Informationen von außen werden den Patienten dazu verhelfen, dass er von seiner Farbenblindheit weiß und in dem Sinn ein „Störungsbewusstsein“ entwickelt. Er „weiß“ dann um seine Anomalität, empfinden wird er sie nach wie vor nicht.¹² – Warum ist eine **Hemianopsie** schwer wahrzunehmen? Der „blinde Fleck“, der Ort in der Retina, an dem die Nervenbahnen aus dem Auge austreten, ist auch nicht „wahrzunehmen“, er wird in der Wahrnehmung bekanntlich komplettiert, d.h. wenn die Umgebung eine bestimmte Farbe oder ein bestimmtes Muster hat, werden diese Farbe oder dieses Muster in den Bereich hineingedeutet.¹³ – So sind uns die Grenzen des Gesichtsfeldes nicht bewusst, sie können uns bewusst werden. Ebenso sind die *verschobenen* Grenzen des Gesichtsfeldes erst einmal nicht bewusst. Die spontane Anosognosie für eine Hemianopsie dürfte darin ihre Grundlage haben. – Keineswegs verkennen alle Patienten ihre Hemianopsie; es kommt vor, daß sie angeben, einen Gegenstand nicht vollständig zu sehen, z.B. ihre eigene Hand. *Daran* erkennen sie ihre Gesichtsfeldeinschränkung, nicht daran, daß sie ihre Grenzen des Gesichtsfeldes und deren Verschiebung spontan wahrnehmen würden.

Oder wenn eine Gedächtnisstörung so stark ist, dass auch das permanente Vergessen vergessen wird. Ein Patient mit schwerster Gedächtnisstörung nach einer Reanimation, der sich am Tag bei jedem Zusammentreffen seinem Zimmer-Mitpatienten vorstellt – warum sollte er ein „Störungsbewusstsein“ haben? Das Vergessen selbst ist, es, was ihn vor der Konfrontation mit

¹¹ So kommt es, dass z.B. in der Darstellung der Wernicke-Aphasie häufig betont wird, dass die Patienten in der Frühphase kein Störungsbewusstsein haben.

¹² Es sei denn, wenn er *erinnert*, wie die Welt in Farben aussieht. Vgl. Sacks ... Dann wird die jetzige Erfahrung abgeglichen mit der Erinnerung und dadurch modifiziert.

¹³ Spektrum der Wissenschaft

seinem Problem schützt. Oder der Korsakow-Patient, der seine fehlenden Erinnerungen ausfüllt mit phantastischen Konfabulationen – er ist sozusagen durch diese Fehlerinnerungen davor geschützt, seine gestörte Gedächtnisfunktion zu erkennen. - In diesen Fällen ist aus *psychologischen* Gründen naheliegend, dass sich erst einmal kein Störungsbewusstsein entwickelt. Gemeinsam ist den Beispielen, dass die Verzerrung der Erfahrung die Entwicklung von Störungsbewusstsein verhindert.

Anders ist es, wenn die Erfahrung, wenn sie erst einmal gemacht wird, adäquat und nicht verzerrt ist, wenn aber noch keine Gelegenheit bestand, eine entsprechende Erfahrung zu machen. Z.B. der Patient, der nach einem Schädelhirntrauma mit einer Gliedmaßenlähmung aus dem Koma erwacht. Er muß erst die Erfahrung machen, dass er seine Bewegungsabsichten nicht umsetzen kann. Vorher hat er noch keine Erfahrung mit seiner Behinderung. „Anosognostisch“ ist er höchstens im oberflächlich-deskriptiven Sinn. Von ‚Anosognosie‘ als besonderem Phänomen, als einem Syndrom zu sprechen, ist dann nicht sinnvoll. – Ähnlich Patienten, welche nach einer Hypoxie angeben, alltägliche Objekte nicht zu *kennen* („*habe ich noch nie gesehen*“) (Objektamnesie¹⁴)

Dann aber ist es freilich häufig so: Der Patient macht *Erfahrungen* mit Unverständnis oder einzelnen Missverständnissen, aber er lernt nichts dazu, was das Bewusstsein seiner Situation angeht. Es scheint eine Barriere zwischen diesen Erfahrungen und deren bewusster Verarbeitung zu stehen.

Es liegt im Wesen der Behinderung, dass diese trotz Erkennung nicht zu voller Kompensation hinführt. Würde die Erkennung zu voller „Kompensation“ hinführen, bestände die Behinderung gar nicht mehr...

Es gibt anatomische Erklärungsversuche, die einen besonderen Ort suchen. Aus meiner Sicht absurd. – Physiologisch: „Schutzhemmung“ verletzter Neuronen; Sensorisch: Verändertes Körperschema als Grundlage der veränderten Außenwahrnehmung; psychologisch / psychoanalytisch: Verdrängung, Verleugnung, Abwehr,

- unterschiedliche Erklärungen auf *physiologischer oder psychologischer* Ebene; auf sensorischer oder emotionaler usw. Ebene.

gemacht, bringt diese aber nicht auf einen Nenner. Hinweise und Erklärungen werden in der Tendenz unverhältnismäßig (zum sonstigen Behalten) „vergessen“.

¹⁴ Nicht zu verwechseln mit einer Agnosie, einer sinnesspezifischen Störung der *Erkennung* von Objekten; ein eindruckvolles Beispiel von Objektamnesie in Dick (2004)

Darüber hinaus stellt dieser Typus die Frage nach dem Verhältnis von (unbewusst-) automatisiertem Verhalten und (bewusst-) intentionalem Verhalten. Letztlich die Frage nach dem Verhältnis von Bewusstsein / Unbewusstem zum Verhalten / Handeln.

Übersicht

	Beispiele der Behinderung	Behinderung und ihre Erkennung	Beziehung zwischen Behinderung und Erkennung	Theoretische Erklärung
I	Schweres Ng-Syndrom; Wernicke-Aphasie in der Akut- oder Postakut-Phase; Schwerste Gedächtnisstörung	Patient kann seine Behinderung nicht erkennen können, da seine Erfahrung verzerrt ist.	Behinderung und Wissen um diese fallen logisch / psychologisch zusammen. Erkennung der Behinderung ist nicht möglich.	Die Behinderung selbst, nicht ihre Verkennung, verlangt nach Erklärung.
II	Parese, Sehstörung usw in der Akutphase.	Pt kann die Erfahrung seiner Defizite machen, aber er hat sie noch nicht gemacht. Die Erfahrung ist nicht verzerrt.	Erkennung der Behinderung ist möglich und wird bei Erfahrung schnell erarbeitet.	Nichtwahrnehmung der Störung erklärt die Verkennung.
III	Neglect, Hemianopie usw. in der postakuten Phase	Patient entwickelt trotz vielfältiger Erfahrungen kein Störungsbewusstsein.	Erkennung der Behinderung ist – wegen wiederholter Erfahrungen und Hinweisen von außen möglich; es scheint eine verzerrende Kraft zwischen Behinderung und Erkennung zu bestehen.	Anosognosie erklärt sich nicht durch die Behinderung selbst, sondern bedarf besonderer Erklärung.
IV	Neglect usw in der postakuten Phase - mit verbalem und verbalisierbarem Wissen. „Ich habe einen Neglect.“ – Pt exploriert trotzdem erst bei Hinweis auf der Ng-Seite „behaviorale Anosognosie“ -	Das Wissen um Behinderung führt noch nicht zu entsprechendem Verhalten. Es ist eher ein verbales Wissen („deklarativ“) denn eine Folge von Eigenerfahrung.	Eine Behinderung ist im Bewusstsein repräsentiert, aber beides zusammen ist (noch) vom spontanen Verhalten dissoziiert. -	Das „Wissen“ um die Behinderung erklärt sich durch die verbalen Hinweise; es bleibt das Problem, die Behinderung selbst zu erklären.

Eine Folge von dieser Aufdifferenzierung der Phänomene von mangelndem Störungsbewusstsein ist, dass es aussichtslos ist, eine **umfassende Erklärung** zu finden. Die Phänomene selbst sind in ihrer Vielfalt nicht auf einen Nenner zu bringen. Auf der einen Seite (an dem einen Extrem) ist die „Anosognosie“ *in der Behinderung selbst* enthalten. Der Begriff mag hier sinnvoll sein, aber genau genommen fügt er der Aussage über die gestörte Funktion nichts hinzu. Jedenfalls bedarf die Anosognosie in diesem Fall keiner besonderen Erklärung; sie ist schon erklärt, wenn die Behinderung erst erklärt ist, was ja das große Problem ist.

Auf der anderen Seite, am anderen Extrem, steht das hartnäckige Phänomen der Nichtbewusstheit, das sich behauptet gegenüber eigenen Erfahrungen und Erklärungen von außen.

VII Störungsbewusstsein und Emotion

Bei einer Anosognosie ist es sozusagen logisch – psychologisch nachvollziehbar –, dass eine emotionale Betroffenheit wegen einer Behinderung nicht besteht, da diese gar nicht wahrgenommen wird. Es fehlt dann in aller Regel die *emotionale Reaktion*: Die „adäquate“ (d.h. realistische) Traurigkeit über eine u. U. schwere sensorische oder motorische Behinderung, welche den Aktionsradius des Individuums und damit seine Selbständigkeit stark einschränken und es von anderen Menschen abhängig machen wird. Diese emotionale Unbekümmertheit wird in der Neuropsychologie **Anosodiaphorie** genannt. – Anosognosie und Anosodiaphorie stehen als Syndrome bzw. Symptome nicht unverbunden nebeneinander, sondern sie stehen in psychologischer Beziehung zueinander: Es ist eben psychologisch nachvollziehbar, dass eine emotionale Betroffenheit nicht vorliegt, wenn deren Grund gar nicht erkannt wird...

In Depressionsfragebögen tritt bei solchen Patienten ein typisches Antwortmuster auf: Fragen nach Konzentrationsstörungen, Zukunftssorgen, Traurigkeit usw. werden verneint, und die Patienten stellen sich im Fragebogen weniger depressiv dar als viele gesunde Personen. Also Beispiel: Ein Patient mit einer rechtsseitigen Parese, dessen berufliche Reintegration fraglich ist, hat *alle* Fragen im Fragebogen TSD (Fragebogen zur Schwere einer Depression) verneint.

Die Vielfalt des Phänomens und das Bedürfnis nach Identität

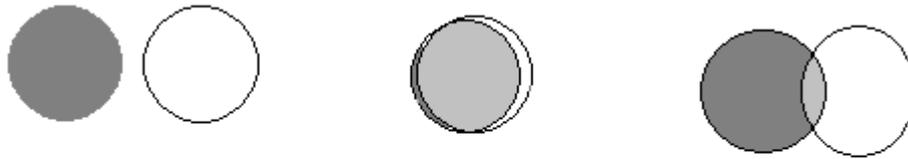
Schafft man sich einen Überblick über die Literatur zu dem Problem, kommt man zu dem Ergebnis, dass die angebotenen – z.B. lokalisatorischen, sensorischen usw – Erklärungen für das häufig hartnäckige Phänomen der Anosognosie unbefriedigend sind. – Man kann den Eindruck dass oft genug schnelle „Erklärungen“ geeignet sind, ein Phänomen zugänglich zu machen, sozusagen zu zähmen, in seinem Dasein und Sosein. – Man muss es aber zunächst in seiner Vielfalt zur Kenntnis nehmen, phänomenologisch beschreiben, letztlich akzeptieren. – Stellt man die genannten Fragen, so eröffnet sich erst die ganze Vielfalt des Problems. Es verbietet sich diese, auf den Nenner einer einzelnen (fatal generalisierende) Allgemein-Erklärung bringen zu wollen.

Es ist hilfreich, bei der Erörterung des Themas eine allgemeine, sozusagen trivial-anthropologische Feststellung zu machen und in den Mittelpunkt zu stellen.

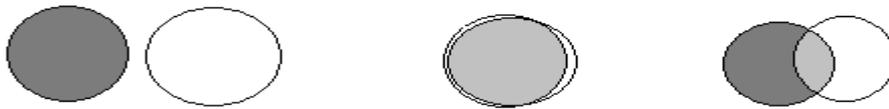
Menschen haben ein Bedürfnis eine bestimmte Persönlichkeit zu sein, ein Bedürfnis nach Kontinuität, nach **Identität**, danach also, über die Zeit hin, auch über eine Krankheit oder einen Unfall hin, *der gleiche* zu sein. (Man kann das – je nach theoretischem Hintergrund - unterschiedlich ausdrücken.)

Wer in dem Gebiet der Neurorehabilitation arbeitet, dem ist die Äußerung von Patienten *„Zeichnen konnte ich schon früher nicht.“* – wenn sie nicht einmal ein Quadrat hinkriegen, oder *„Ich hatte schon früher ein schlechtes Gedächtnis“* – wenn sie den Namen ihrer Ehefrau nicht angeben können - sehr vertraut. Es ist eben dieses Bedürfnis nach Identität, das sich in den angesichts der Einfachheit der Aufgaben bizarren Äußerungen ausdrückt.

VIII Störungsbewusstsein, Kommunikation und Therapie



**Sichtweise des Therapeuten (immer links); Sichtweise des Patienten (rechts);
mehr oder weniger Übereinstimmung der Sichtweisen;
partielle Übereinstimmung reicht aus.**



**3 mal: Sichtweise des Therapeuten (immer links) und Sichtweise des Patienten (rechts);
mehr oder weniger Übereinstimmung der Sichtweisen;
partielle Übereinstimmung reicht aus.**

Abbildung 3

Übereinstimmung von Therapeut und Patient.

Wenn kein Störungsbewusstsein vorhanden ist, ergeben sich Probleme der Motivation und Motivierung zur Therapie oder gar allgemein zur Rehabilitation.

- a) Das erste und zweitwichtigste ist, die Heterogenität des Sachverhaltes zu akzeptieren, dessen einheitliche Benennung eine Einheitlichkeit suggeriert, die offenbar nicht besteht.
- b) Anosognosie / Unawareness bezieht sich zwar auf kognitive Phänomene, es ist kein rein kognitives Phänomen, das sollte deutlich geworden sein.
- c) Es ergibt sich, dass eine Art Stufenmodell: Zuerst Awareness / Nosognosie / Störungsbewusstsein erzeugen, und dadurch zur Therapie und Rehabilitation bewegen, nicht adäquat ist. In der Frühphase ist es sowieso vergeblich, Störungsbewusstsein zu erzeugen. – In dieser Situation (typisch in der Frühphase der Rehabilitation) kann der Therapeut seinen Therapieauftrag (noch) nicht von dem Patienten selbst erhalten.

d) Natürlich ist Störungsbewusstsein günstig für die Motivierung. Diese kann aber auch partiell ohne (umfassendes) Störungsbewusstsein erfolgen. Es reicht zunächst aus, wenn ein Pt in irgendeiner allgemeinen Form „Konzentrationsstörungen“ an sich erkennt / zugesteht, so dass er daraufhin in der Therapie mitmachen wird.

e) Die nächste Frage aber ist, was nützt ein (verbal geäußertes) Störungsbewusstsein? Sie macht für den Patienten erst einmal die Notwendigkeit der Therapie einsichtig. Das ist aber dann noch weit davon entfernt, im Alltag umgesetzt zu werden oder zu Konsequenzen hinzuführen.

Am *Beispiel des Neglect-Patienten*: Es gibt in der Rehabilitation fortgeschrittene Patienten, die dem Psychologen mitteilen, dass sie laut Arzt oder vorbehandelnden Therapeuten „einen – wie heißt das Wort? – Neglect oder so“ haben. Sie können auch erklären was damit gemeint ist.

Mag das auch zunächst bloß von außen übernommen und nachgesprochen sein (ohne inneres Verstehen, ohne inneren Nachvollzug), so kann der Patient mit der Zeit lernen, Erfahrungen z.B. Zusammenstöße mit übersehenen Gegenständen, ihrem „*Neglect, von dem der Psychologe spricht*“ zuzuordnen. Es besteht dann ein „Störungsbewusstsein“ – aber das führt keineswegs dazu, dass der Patient gegensteuert, indem er z.B. den Blick bewusster auf die vernachlässigte Seite hin wenden würde. Das *Bewusstsein* des Problems ist vorhanden – zumindest, wenn danach gefragt wird. Anders gesagt: der Patient kann darüber Auskunft geben; er hat es aufgenommen in sein *deklaratives Gedächtnis*, in den Fundus der sprachlich-symbolisch mitteilbaren kognitiven Inhalte. Aber das führt noch lange nicht dazu, dass es *verhaltensrelevant* wird, also zu gezielter Exploration oder zu dem gezielten Einsatz vernachlässigter motorischer Funktionen hinführt.¹⁵ Eine kleine Episode dazu:

Der Psychologe: „*Herr X, Denken Sie eigentlich tagsüber gelegentlich an Ihr Linksproblem?*“

Der Patient: „*Ja, Herr Doktor. Und zwar immer dann, wenn ich Sie im Flur der Klinik antreffe.*“

Der Patient – ein 60 jähriger Mann von höherem Bildungs- und Berufsniveau hat - ein Bewusstsein seiner Situation, er assoziiert dieses aber nicht mit seiner (Neglect-) Behinderung, sondern mit der Wahrnehmung *meiner Person*,

¹⁵ Aus diesem Grund unterscheidet Prosiogel (1991 S. 87/88) zwischen einer **verbalen** Anosognosie und anosognostischem **Verhalten**.

die ihn an seine Behinderung erinnert. Er verbindet den Begriff mit einer Situation, die gegenüber dem Wesentlichen zufällig ist.

f) Für einen Großteil der Zeit gilt für solche Patienten: Das „Bewusstsein der Störung“ ist mal vorhanden, mal nicht vorhanden. Es kann auf hartnäckige Art und Weise fehlen, es kann aber auch abhängen von der Art der Nachfrage des Diagnostikers oder des Therapeuten, von Übung und von Erfahrung.

g) Die wichtigste Schlussfolgerung aber ist, die Dynamik des Phänomens zu berücksichtigen. „Verdrängung“ – oder wie immer wir den Widerstand gegen die Ausbildung von Störungsbewusstsein entgegen den eigenen Erfahrungen (Typ III, siehe oben) nennen, wir müssen dem Individuum ein Bedürfnis nach Identität zugestehen, welche emotional gespeist ist. Aus dieser Sichtweise folgt, dass ein Individuum erst einen Prozess von Erfahrung und Reifung durchmachen muß, um zum Erkennen der eigenen Situation der Behinderung hin zu kommen. Dazu, dass dieser Schutz nicht mehr notwendig ist. Dass es dazu Raum und therapeutische Unterstützung benötigt. - Anders gesagt: Wir müssen ihm Zeit geben, Erfahrungen zu machen, und auf dieser Grundlage sein Problem zu erkennen. (Gruppen sind nach meiner Erfahrung dafür gut geeignet, wenn die Ptn schon entsprechende Voraussetzungen mitbringen.) Überflüssig zu sagen, dass die Neuropsychologie in dieser Hinsicht nicht im eigenen Saft von Symptomen, Syndromen und Syndromlehre schmoren sollte, sondern sich nicht zu schade sein sollte, sich Anleihen aus dem Psychotherapeutischen Bereich zu eigen zu machen.

6. Exkurs zur Dynamik des Phänomens

Bekanntlich wird von psychoanalytischer Seite „**Verdrängung**“ als Erklärung angegeben, auch eine Art Allgemeinerklärung: Das verletzte Ich ist nicht stark genug, die Erfahrungen zuzulassen, welche die Anerkennung einer Behinderungen gleichsam aufzwingen. Es spaltet diese Erfahrungen von der Selbstreflexion ab. Dieser Prozess spielt sich nach der (älteren) psychoanalytischen Theorie ganz im Unbewussten ab, und das verletzte Individuum braucht nicht zu leiden. Die zahlreichen Patienten mit Ng-Syndrom in der späteren und weniger ausgeprägten Neglect-Phase, die gleichzeitig

unbekümmerter auf die Welt sehen, scheinen eine solche Erklärung nahelegen. Sie spalten die negative Erfahrung von Niederlagen im Alltag und ihrer allgemeinen Ursache, der Behinderung, ab; wozu benötigen sie dann Traurigkeit oder gar Depression?

Als allgemeine Erklärung ist aber auch der Verweis auf Verdrängung unbefriedigend. Er macht nicht die notwendigen Unterscheidungen, die oben genannt sind. Es kann nicht erklären, warum z.B. eine Gesichtsfeldeinschränkung, die eine vergleichsweise geringe Behinderung ist, „abgespalten“ wird, und z.B. eine Broca-Aphasie, unter der die Patienten häufig sichtbar leidet, nicht.

Einen Vorzug hat diese Erklärung gleichwohl, und von ihr ist in dieser Hinsicht zu lernen. Sie behandelt das Problem nicht als eigenständiges (sich selbsterklärendes) „Syndrom“ und nicht als rein kognitives Defizit. Sie betont die Dynamik des Geschehens. Sie fasst die Wechselwirkung zwischen kognitiven und emotionalen Faktoren ins Auge. Sie spricht dagegen, dass es ausreicht, Anosognosie durch Hinweise, Argumente, Vorträge usw. bekämpfen zu wollen. Anosognosie und – allgemeiner – fehlendes Störungsbewusstsein werden gesehen als eine Art **Schutz** für das Individuum, ein gnädiger Schutz vor der Wahrheit, die schmerzt, eine gegenwärtige Verharmlosung zukünftiger Probleme. Anosognosie und fehlende Awareness sind nicht einfach ein „Defizit“, sie haben eine positive Funktion für die Persönlichkeit.¹⁶ - Diesen „Schutz“ kann man auf anatomischer, physiologischer und psychologischer Ebene verstehen. Physiologisch wurde er beschrieben und vorweggenommen durch den großen, immer ignorierten Iwan Petrovitch Pavlov, welcher davon gesprochen hat, dass verletzte Gehirnzellen um sich herum eine Hemmung („Schutzhemmung“) aufbauen, um sozusagen für ihre Heilung Zeit zu gewinnen.¹⁷

**** Die Wahrnehmung einer Behinderung ist kein isoliert erklärbares Phänomen. In ihr drücken sich die Persönlichkeit, ihre Erfahrung, ihre Emotionen und Bedürfnisse aus. Jegliche Therapie muß das mit einbeziehen. Sie sollte nicht bloß „neuropsychologisch“ sein, sondern sich auf das „Psychologische“ besinnen.*

Bei Gehirnverletzungen sind eben nicht nur einzelne Lokalisationen innerhalb des Gehirns oder Zwischenverbindungen zwischen Lokalisationen betroffen. Betroffen ist das Subjekt, seine Sicht auf die äußere Welt, auf den eigenen Körper und das eigene Denken.

¹⁶ Es sei in diesem Zusammenhang auf die sehr lesenswerten Ausführungen von Whitehouse (2004) verwiesen, der die Komplexität des Phänomens im Zusammenhang mit dem Störungsbewusstsein von Patienten mit dementieller Entwicklung ausführt. Diese Ausführungen richten sich gegen die sorglose und vorschnelle Zuschreibung „Anosognosie“ bei betroffenen Kranken.

¹⁷ Pavlov (1953-55)

Literatur

- Dick, F. *Phänomenologie des Neglectsyndroms; zum Störungsbewusstsein und zum Problem psychologischer Erklärung*. In: Marianne Leutzinger-Bohleber (Hrsg.): *Das vernachlässigende Ich - Das Neglect-Syndrom: Phänomenologie, psychoanalytische Fallstudien, theoretische Reflexionen*. Erscheint demnächst.
- Karnath, H. O.: *Störungsbewusstsein*. In: Karnath, O. E., P. Thier: Herausgeber *Neuropsychologie*, Berlin, Heidelberg, New York 2004.
- Karnath, H.O. (2000): *Vernachlässigung – Neglect*. In: Sturm, Herrmann, Wallesch (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Grundlagen – Methoden – Diagnostik – Therapie*. Lisse
- Kerkhoff, G. (2004): *Neglect und assoziierte Störungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Miller Fisher, C. (1989): *Neurological fragments. II. Remarks on anosognosia, confabulation, memory, and other topics; and an appendix on self observation*. In: *Neurology* 39, 127 - 132
- Prosiegel (1991): *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation. Hirnläsionen, Syndrome, Diagnostik, Therapie*. München
- Pavlov, I. P. (1953-1955): *Sämtliche Werke* Band VI Berlin
- Prigatano G. P. (2004) *Neuropsychologische Rehabilitation*. Springer Verlag
- Prosiegel (1991): *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation. Hirnläsionen, Syndrome, Diagnostik, Therapie*. München
- Sacks, O. () *Welt in Farben*.
Spektrum der Wissenschaft...
- Solms, M.
- Turnbull, O. H., K. Jones & J. Reed-Screen (2002): *Implicit awareness of deficit in anosognosia? An emotion-based account of denial of deficit*. „Submitted to *Cortex* September 2002“
- Varela, F. & H. Maturana (1987): *Der Baum der Erkenntnis*. Scherz Verlag
- Werth, R. (1987): *Neglect nach Hirnschädigung. - Unilaterale Verminderung der Aufmerksamkeit und Raumrepräsentation*. München
- Whitehouse, G. P.: *Breaking the diagnosis of dementia* *The Lancet Neurology*, Vol 3, February 2004