

*Plädoyer
für mehr Psychologie
in der Neuropsychologie.*

Franz Dick, Würzburg 21.10.2016 s

*- überarbeitet, damit es auch ohne mdl Kommentar verstanden
werden kann. Oktober 2016 -*

Klin. Npsy – Definition I

- * „Klinische Neuropsychologie ist eine Teildisziplin der Psychologie, die sich mit den Auswirkungen von Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns auf **das Erleben und** Verhalten in Forschung und Praxis befasst.“ (Dick et al., 1996: „Klinische Neuropsychologie ...“)
- * *Gut gemeint, hoffnungsfroh, aber leider nicht realistisch. Das Erleben wird nur ganz wenig gleichberechtigt berücksichtigt in der NPsy.*

Klin. Npsy - Definition II

- * „Die Klinische Neuropsychologie beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Erkrankungen des Zentralnervensystems auf psychische Funktionen, wie z. B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Planungsfähigkeit, Befindlichkeit/ Erleben, Verhalten etc.“
- * *Wo bleiben die Emotion und Motivation usw? Abgesehen davon entspricht die Definition dem funktionenorientierten Mainstream der NPsy*

* *Aus dem „Weißes Lehrbuch“, heute orangerot.*

Klin. Npsy - Definition III

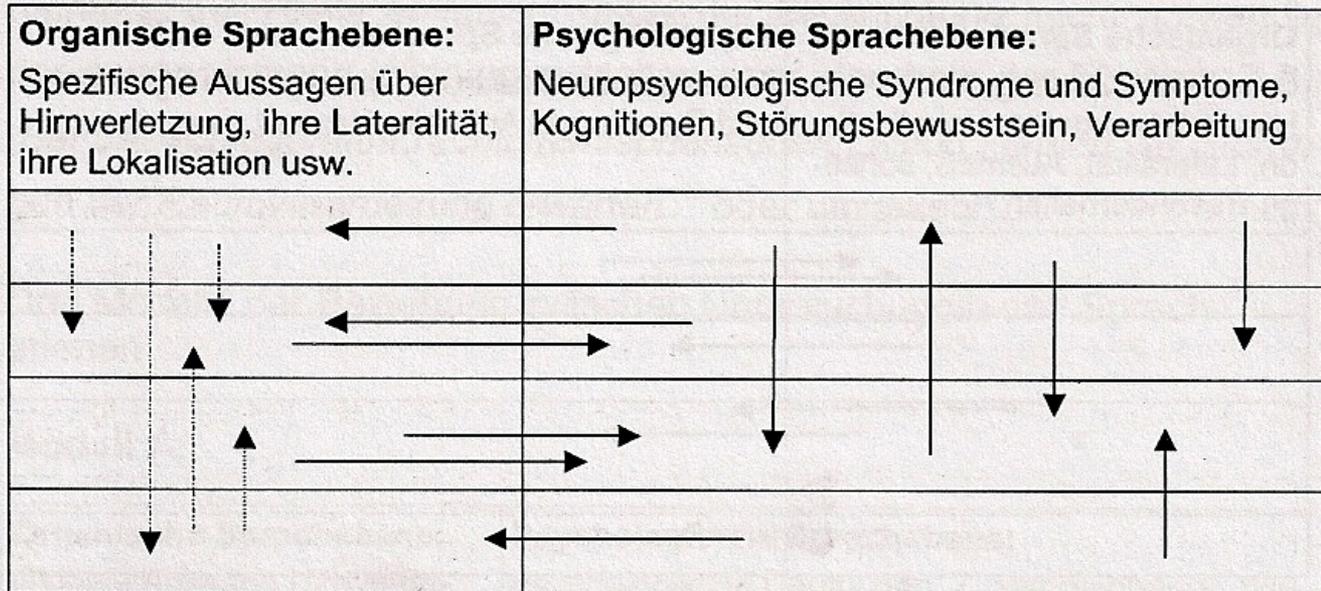
Zum Gegenstandsbereich der Neuropsychologie gehören Fragen nach den Zusammenhängen zwischen den biologischen Funktionen des Gehirns und dem Verhalten und Erleben, unter anderem in den Bereichen Wahrnehmung, motorische Geschicklichkeit, Aufmerksamkeit, Lernen, Gedächtnis, Sprache und Denken, aber auch im Hinblick auf die Wahrnehmung und den Ausdruck von Emotionen, Depressivität und Sozialverhalten.

Kommt der Npsy heute am nächsten

Homepage GNP.

Beziehungen zwischen den Sprachebenen

Modell C:



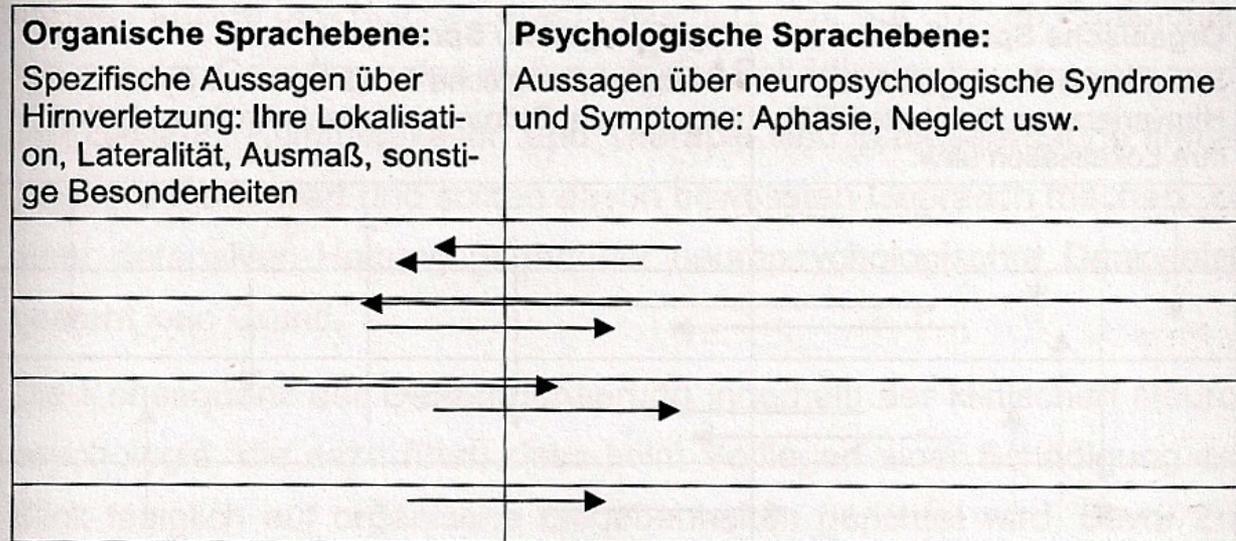
Im **Modell C** werden über die Beziehung auf organischer Ebene hinaus

Pfeile A – (vertikal.)
Anatomische (Läsions-)Orte,
Zell-Netzwerke, Physiolog.
Prozesse

Pfeile B (vertikal) Psychische Merkmale,
Prozesse Psychopathol. Phänomene

Neuropsychologie.

Modell B:



Im **Modell B** nehmen die psychologischen Aussagen Bezug auf die organischen Spezifitäten, sie verwenden eine Sprache, die vor allem bei

Pfeile C: Wechselbeziehung zwischen den Faktoren auf der psychologischen (Spach-) Ebene.

Npsy interessiert sich vor allem für die **horizontalen Pfeile**; die Beziehung zwischen den Merkmalen in A und den Merkmalen in B. Also die Pfeile C. Ihr höchstes Ziel ist, diese Beziehung eineindeutig auszumachen. Die Endpunkte der Pfeile auf der organischen Ebene können dabei umschriebene Läsionen, Netze, physiologische Merkmale sein. – Anatomische Orte, das war einmal.

Die Neuropsychologie

Befindet sich also an der „Schnittstelle“ zwischen organischer und psychologischer Begriffsebene.

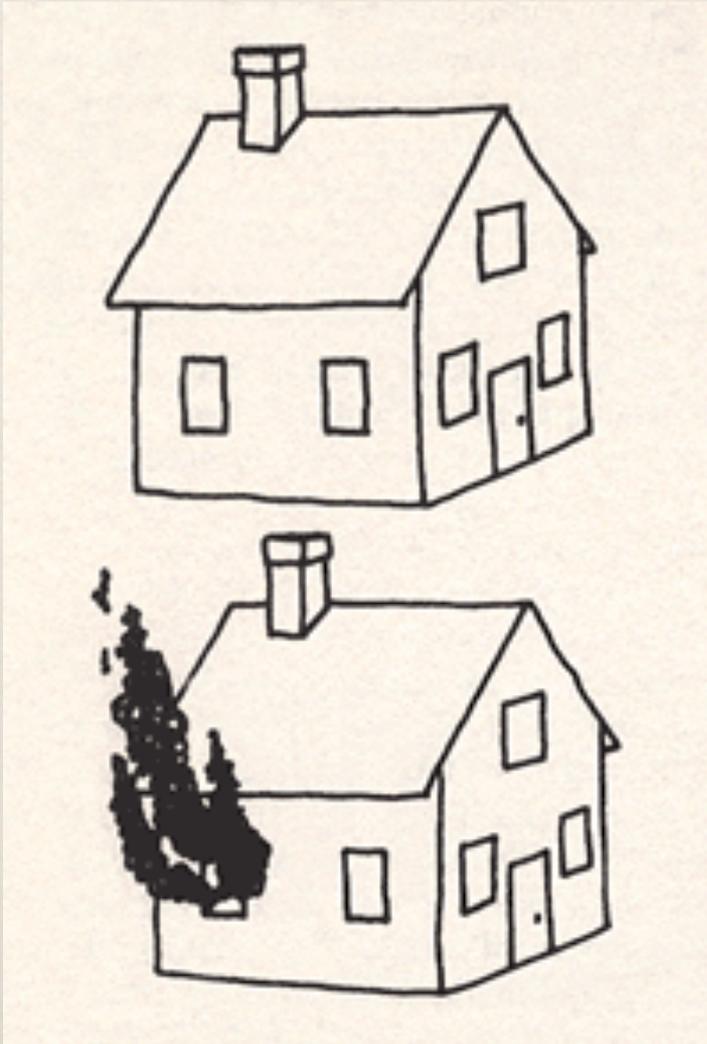
Mein Plädoyer: Den Pfeilen B eine viel größere Bedeutung zuzumessen.

Kritikpunkte im Einzelnen:

- * 1. Die Vernachlässigung der subjektiven Erlebens.
- * 2. Die Suche nach läsions-anatomischen Erklärung von psychopathologischen Phänomenen.
- * 3. Die Angst in der Theorie vor der Polarität:
- * BEWUSST - UNBEWUSST

3. Bewusst - Unbewusst

- * Die Klinische Neuropsychologie trifft auf Schritt und Tritt auf unbewusste Prozesse.
- * Sagt sie das so? Untersucht sie das systematisch?
- * Beispiele.



- * 1. Was unterscheidet die beiden Häuser?

Nichts.

- * 2. In welchem wollen Sie lieber wohnen?

In dem oberen.

Blindsight and insight in visuo-spatial neglect **JOHN C. MARSHALL & PETER W. HALLIGAN***

- * . P.S. was presented simultaneously with two line drawings of a house, in one of which the left side was on fire. She judged that the drawings were identical; yet when asked to select which house she would prefer to live in, she reliably chose the house that was not burning.
- * *Marshall JC(1), Halligan PW. Blindsight and insight in visuo-spatial neglect. Nature. 1988 Dec 22-29;336(6201):766-7.*

Andere Beispiele

- * Wahrnehmung bei zerebraler Blindheit und im Skotomfeld bei Gesichtsfeldeinschränkungen („Blindsight“ - Weiskrantz)
- * Emotionale Erinnerung an erlebte Situationen, über die keine Auskunft gegeben werden kann: emotionale Reaktion ohne episodische Erinnerung. „Implizites Gedächtnis“
- * Ähnlich praktisches Dazulernen; der Nutzen von Übungen, die nicht – episodisch – erinnert werden können.
- * <http://www.dr-franz-dick.com/fortbildungstexte/Das%20Unbewusste%20und%20die%20Klinische%20Neuropsychologie%20Franz%20Dick.pdf>
- * Wahrnehmung innerhalb der Komaphase, die im Wachzustand ihre Spuren hinterlassen.

Das Beispiel aus der Kognitiven Psychologie: **Priming**

- * Die „unterschwellige“ tachistoskopische Darbietung von Signalen erleichtert die bewusste Erkennung und Benennung bei geringfügig längerer Darbietung.
- * Werden Löwe, Tiger, Panther usw „unterschwellig“ (unter 400 msec) dargeboten,
- * So werden auch Katzen, Wölfe u. a. Raubtiere schneller (400 - bis 500) erkannt und benannt als ohne die Vorbereitung. (**Priming**)
- * Die Vorbereitung regt nicht nur die visuelle Erkennung, sondern auch die semantische Kategorisierung an, also auf der kognitiven Ebene.

Priming zeigt:

Wahrnehmungen durchlaufen unbewusste Vorstufen,
bevor sie bewusst (und mitteilbar) werden.

Die unbewusste Vorbereitung umfasst dabei auch
Kognitive Prozesse.

Sehr viel Literatur. Am besten: Dehaene 2015

Franz Dick: Signaturen des Bewusstseins und des Unbewussten. Dringliche
Buchempfehlung

[Dehaene Denken.pdf https://www.cushycms.com/temporary_uploads/113150/](https://www.cushycms.com/temporary_uploads/113150/)

Die Klinische Neuropsychologie erschwert sich die Benennung, indem sie die Polarität BEWUSST-UNBEWUSST außer acht lässt.

Sie vergibt sich große Chancen der Untersuchung.

Beispiel: Implizites Lernen gehört nicht zur Standard-Gedächtnisdiagnostik.

2. Kritikpunkt

Die Suche und Sucht nach
anatomischer Erklärung.

Am Beispiel der Anosognosie.

Beispiel 1

Anosognosie

Die Suche nach lokalisatorisch stringenter Erklärung ist nicht erfolgreich. So bedient man sich bei psychodynamischer Theorie. Deren wichtigstes bleibendes Ergebnis: Vor allem die Größe einer Gehirnläsion gibt Auskunft darüber, ob – über das Krankheitssymptom hinaus – auch eine Anosognosie vorliegt. (Prigatano) So greift man gelegentlich zu psychodynamischen Erklärungen.

Karnath; Antonsyndrom, Neglect, Gedächtnisstörung. :

Rationalisierung, Verdrängung, Projektion

Es fällt auf, dass auf psychodynamische Erklärungen zurückgegriffen wird, bevor die psychologischen Merkmale der – zu erkennenden – Krankheitssymptome untersucht werden.

Dabei ist in diesem Fall eine andere – naheliegende – psychologische Erklärungen viel plausibler.

Vorschlag

Die Gehirnläsion als Grundlage einer psychischen Phänomenologie allgemein anerkennen

Und

Gleichwohl nach psychologischen Erklärungen (dh Erklärungen innerhalb der psychologischen Sprachebene) versuchen.

Im Zusammenhang mit Anosognosie die psychologische Merkmale der Symptome, die erkannt werden sollen. Ein einfacher Vorschlag.

Beispiel 2:

„Anosognosie“ bei Farbenblindheit:





Für den Farbenblinden ist die Welt in Ordnung. Dass er farbenblind ist, kann er nicht selbst erkennen, sondern das muss er erst über Umwege – Arztuntersuchung, häufig beiläufig – erfahren. - Eine psychodynamische Erklärung dieses Problems ist nicht angebracht.

So einfach ist das.

Eine solche kommt erst ins Spiel, wenn ein Individuum trotz vielfacher Aufklärung daran festhält, dass er korrekt sehe.

Beispiel 3: Anosognosie bei Wernicke-Aphasie.

Pt versteht nicht nichts. Er versteht falsch. Er unterlegt dem von anderen – und dann auch von ihm selbst Gesagten – eine andere – gemessen am Lexikon: falsche – Bedeutung.

Er hat keinen Grund, das als Störung wahrzunehmen.
So einfach ist das.

Beispiel 4: Anosognosie bei Neglect

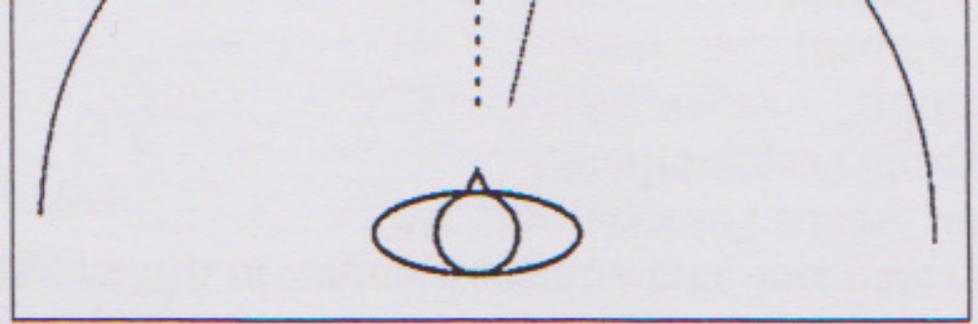


Abb. 2. Skizze der Abweichung egozentrischer Referenzsysteme zur ipsiläsionalen (rechten) Seite durch Rotation um die vertikale Körperachse bei Patienten mit Neglect. Die räumliche Orientierung des Körpers ist aus der Vogelperspektive dargestellt. Der Rumpf ist durch eine Ellipse symbolisiert, der Kopf durch einen Kreis mit angedeuteter Nase. Die gestrichelte Linie symbolisiert ein egozentrisches Raumkoordinatensystem (horizontale Ebene) von gesunden Individuen und das schwarze Histogramm ihre Exploration des Raumes (in Prozent) entlang der horizontalen Raumachse. Die durchgezogene Linie symbolisiert das egozentrische Raumkoordinatensystem (horizontale Ebene) eines Patienten mit Neglect. Es ist um die erdvertikale Körperachse zur rechten, ipsiläsionalen Seite rotiert. Das graue Histogramm zeigt die daraus resultierende, entlang der horizontalen Raumachse nach rechts verschobene Exploration des Raumes dieses Patienten. (nach Karnath, H.-O.; Philosophical Transactions of the Royal Society B 352, 1411-

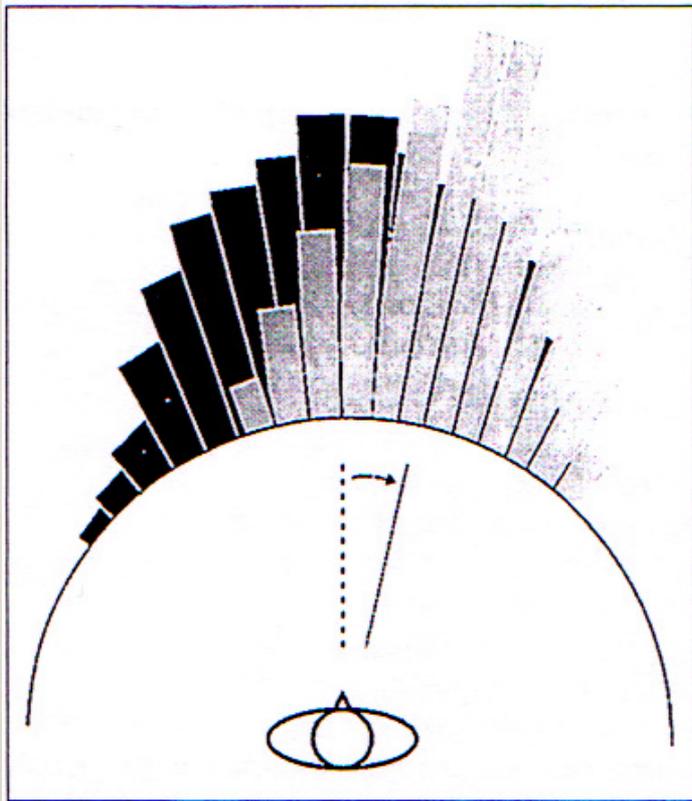


Abb. 2. Skizze der Abweichung egozentrischer Re-

Man kann auch Anderes daraus folgern, Einfacheres.

- * Das Schaubild zeigt, dass die wahrgenommene Welt (Umwelt) für einen Ng-Patienten um einige Winkelgrade (je nach Schwere des Ng) verschoben ist.
- * **Für den Ng-Patienten** ist die von ihm wahrgenommene Umwelt die ganze Umwelt. Sie ist ihm selbstverständlich.
- * Warum sollte er „Störungsbewusstsein“ haben? Er hat erst einmal keinen Grund dazu.

Lokalisatorische Erklärung (wenn sie denn stimmen würde) gibt für das praktische Umgehen, die Kommunikation und Therapie, nichts her.

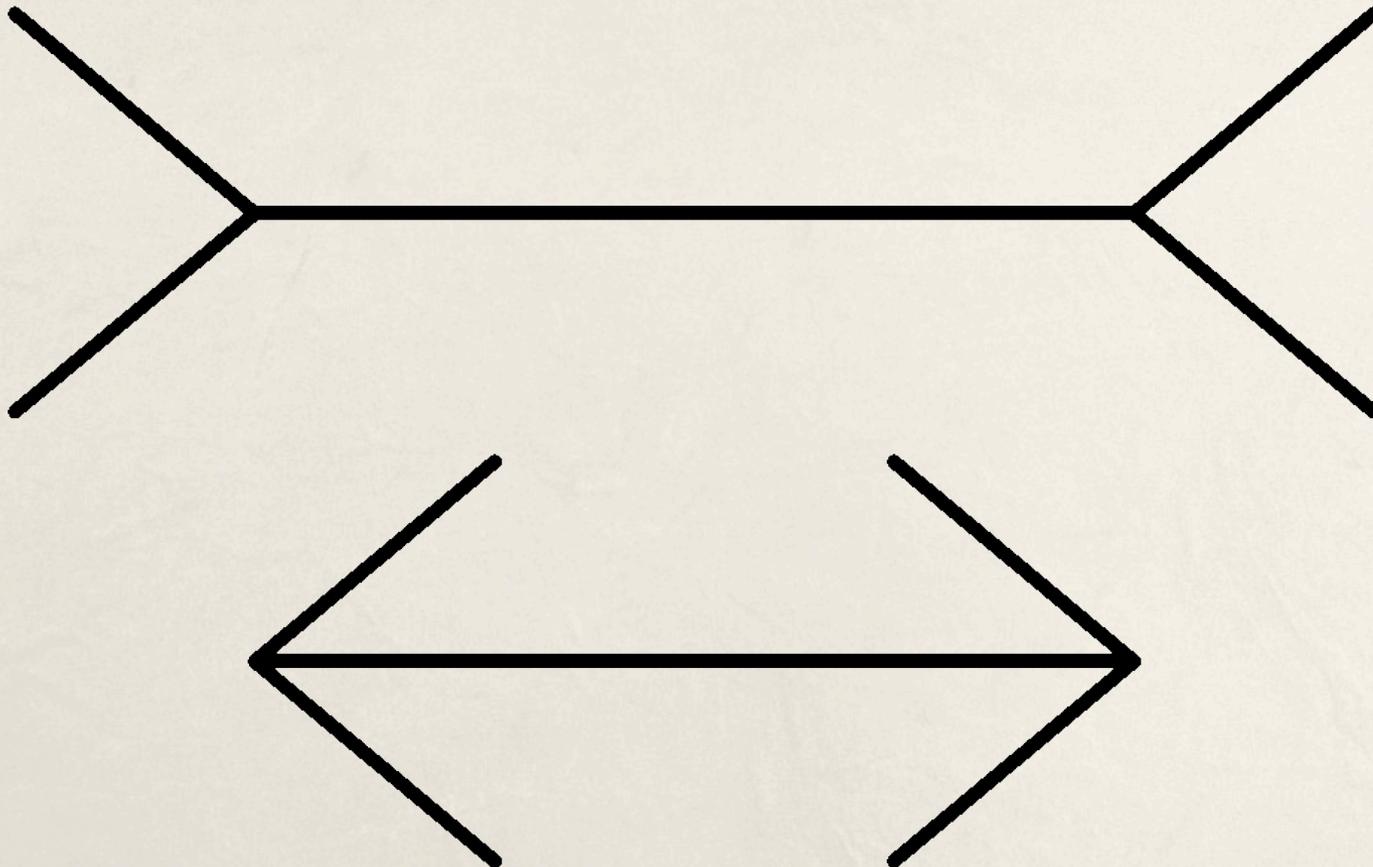
Psychologische Erklärung erleichtert das Erkennen der Faktoren, die gegen das Erkennung und die Akzeptanz von Störungen hinterlich sind.

Farbenblindheit, Wernicke-Aphasie, Hemianopsie, Neglect sind Störungen der Rezeption (genauer: Verzerrungen der Rezeption). Der Patient kann diese nicht fühlen. Er kann sich „aufklären“ lassen und dann darüber wissen, **deklarativ wissen**, was etwas anderes ist.

An seiner **Empfindung** ändert das nichts.

Er ist dann im Konflikt zwischen seinem Empfindung und dem deklarativen Wissen.

Dass dieses deklarative Wissen es so schwer hat, behalten zu werden – **hier** ist der Raum für psychodynamische Erklärung (Projektion, Verdrängung...).



Was nützt das Wissen gegen die Empfindung in der Wahrnehmung?

1. Problem; wird hier an dritter Stelle
ausgeführt:

Die Vernachlässigung der Sichtweise des Patienten.

*Es
rächt sich diese Vernachlässigung zB durch
umständlichen Erklärungen*

Wo kommt die Sichtweise des Patienten vor?

- * Als Leiden. („Beschwerden“)
- * Nimmt der Pt seine Störungen wahr? (nein: „anosognostisch“, „unaware“)
- * Beispiele Ha-Patienten, Ng-Patienten. Sind sie „aware“?
- * (Das Wort „aware“ bedeutet ja allgemein bewusst, bewusst von etwas Hier wird stillschweigend vorausgesetzt, dass nur die Störung als Inhalt gemeint sein kann. ... Verräterisch!

Wenn sie ausnahmsweise
berücksichtigt wird, dann im
negativen Zusammenhang:

Störungsbewusstsein,
Beschwerden,
wahrgenommene Defizite ...
Illusionen, Halluzinationen...

Wird auch nach Folgendem gefragt?

- * Kann - und wenn ja, wie - kann ein Hemianopsie-Pt den Rand seines Gesichtsfeldes wahrnehmen? Also nicht wegen des „Störungsbewusstseins“, sondern überhaupt, aus eigenem Recht.
- * Wie sieht die phänomenale Welt eines Ng-Pt - von unterschiedlichem Schweregrad seines Ng - aus? Erscheint sie ihm so halb wie er sie spontan (aus dem Kopf) zeichnet oder kopiert? (Natürlich nicht)
- * Was nimmt ein zerebral blinder visuell wahr? Dh nicht, was sieht er korrekt, was nicht, sondern was sieht er - glaubt er zu sehen, (was andere vielleicht als Illusion / Halluzination einschätzen werden)?

- * Was empfindet ein Ng-Patient, wenn mühsam nach Aufforderung sich zeitweise der vernachlässigten Seite zuwendet?
- * **Typische Antworten:**
- * Kann es nicht beschreiben, eigenartig.
- * Schmerzhaft,
- * Verstehe die Frage nicht
- * Irgendwie eigenartig.

- * Es fällt auf, dass die Ng-Forschung diese Frage nicht zu ihrem systematischen Thema macht.

Unbearbeitete Areale:

- * Wichtig für die therapeutische Praxis, Und auch für die Theorie von großem Interesse;
- * Themen auch für klinische Forschungsarbeiten (am besten einzelfallbezogen):

- * Der Unterschied zwischen der phänomenal-visuellen Welt und dem (körpernahen) Greif- und Empfindungsraum bei manchen Ng-Patienten
- * Der Konflikt zwischen dem (deklarativen) Wissen des Ng-Patienten und seinem Fühlen?
- * Es gibt also viel zu tun. Wir sind nicht verpflichtet, uns im Nachbeten gängiger Auffassungen zu langeweilen.
- * *Das sind nur Beispiele für theoretische Fragestellungen von praktischer Bedeutung.*

Für einen Perspektivenwechsel:

Empathie – Einfühlung

Kognitive Empathie – Eindenkung.

Das waren meine Kritikpunkte :

- * 1. Die Vernachlässigung der subjektiven Erlebens.

- * 2. Die Suche nach läsions-anatomischen Erklärung von psychopathologischen Phänomenen.
Einfache Überlegungen erklären Phänomene, nach deren Verursachung umständlich gesucht wird.

- * 3. Die Angst in der Theorie vor der Polarität

- * BEWUSST - UNBEWUSST

Danke.

Und wir müssen reden.