

Klaus Röckerath / Laura Viviana Strauss /
Marianne Leuzinger-Bohleber (Hg.)

Verletztes Gehirn – Verletztes Ich

Treffpunkte zwischen Psychoanalyse
und Neurowissenschaften

Vandenhoeck & Ruprecht



SCHRIFTEN DES SIGMUND-FREUD-INSTITUTS

Herausgegeben von
Marianne Leuzinger-Bohleber und Rolf Haubl

REIHE 2
Psychoanalyse im interdisziplinären Dialog

Herausgegeben von
Marianne Leuzinger-Bohleber, Rolf Haubl
und Stephan Hau

BAND 10
Klaus Röckerath / Laura Viviana Strauss /
Marianne Leuzinger-Bohleber (Hg.)
Verletztes Gehirn – Verletztes Ich
Treffpunkte zwischen Psychoanalyse
und Neurowissenschaften

Klaus Röckerath / Laura Viviana Strauss /
Marianne Leuzinger-Bohleber (Hg.)

Verletztes Gehirn – Verletztes Ich

**Treffpunkte zwischen Psychoanalyse und
Neurowissenschaften**

Mit 32 Abbildungen und 3 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-45183-0

© 2009, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen.

Internet: www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Satz: process media consult GmbH

Druck & Bindung: ⊕ Hubert & Co, Göttingen

Inhalt

Vorwort 7

Neglect-Syndrom: Diagnose und Therapie

Franz Dick

Phänomenologie des Neglect-Syndroms. Zum
Störungsbewusstsein und zum Problem psychologischer
Erklärung 17

Klaus Röckerath und Neuropsychoanalytische
Studiengruppe Frankfurt/Düsseldorf/Köln
Neglect und Anosognosie. Psychoanalytische Arbeit mit
rechtshirngeschädigten Patienten 80

Laura Viviana Strauss
Das Neglect-Syndrom als psychischer Akt. Reflexionen
und Fallbericht 108

Hans-Joachim Rothe
„Zwischen Baum und Borke“ oder der Wunsch, zu wissen
und zu verleugnen. Bericht über die Psychotherapie einer
linksseitig gelähmten achtzigjährigen Patientin mit
Neglect 141

Das Mind-Body-Problem in der psychoanalytischen Praxis

Marianne Leuzinger-Bohleber

Erinnerungen und Embodiment. Aus der Psychoanalyse einer Poliomyelitis-Patientin 163

Gabriele Junkers

Demenzielle Veränderungen aus der Sicht der Psychoanalyse. Psychodynamische Überlegungen zur Differenzialdiagnostik demenzieller Prozesse 189

Johannes Döser

Woran erinnert das Schmerzgedächtnis? Zur Psychoanalyse des Phantomschmerzes – am Beispiel einer jungen Künstlerin nach unfallbedingtem Verlust der Oberkieferzähne 211

Klaus Röckerath und Laura Viviana Strauss

Ausblick 256

Danksagung 269

Die Autorinnen und Autoren 270

Vorwort

Dieses Buch stellt einen wichtigen Meilenstein dar. Es ist das einzige *klinische* neuropsychanalytische Buch, seit Karen Kaplan-Solms und ich unsere „Klinische Studien in Neuro-Psychoanalyse“ (in Englisch) im Jahre 2000 veröffentlicht haben. Obwohl eine wachsende Zahl von Kollegen, Psychoanalytiker wie Neurowissenschaftler, den Wert des interdisziplinären Projektes, das als Neuropsychanalyse bekannt geworden ist, erkannt hat, scheinen tatsächlich nur wenige unter ihnen die zentrale Rolle erfasst zu haben, welche die klinische psychoanalytische Arbeit mit neurologischen Patienten in diesem Projekt spielt.

Ich habe Dr. Klaus Röckerath das erste Mal 1995 auf einem interdisziplinären Kolloquium der Köhler-Stiftung in München getroffen, wo ich die Gelegenheit genutzt habe (wie ich es häufig tue), meine psychoanalytischen Kollegen dazu anzuregen, diese Forschungsmöglichkeit aufzugreifen, die es erlaubt, sich Hirnschädigungen mit psychoanalytischen Konzepten zu nähern.

Da ich selbst diese Methode seit 1985 anwende, war ich mir ihres Potenzials sehr wohl bewusst, aber zehn Jahre des Austausches über meine Befunde und der Ermutigung anderer, sich mir anzuschließen, hatten eine ernüchternde Zurückhaltung (oder sogar einen Widerstand) offenbart, diesem Weg zu folgen. Besonders ärgerlich war die Tatsache, dass diese Zögerlichkeit den einzigen offensichtlichen Weg ausschloss, auf dem Psychoanalytiker, die fast ausschließlich Kliniker in Privatpraxis mit geringen neurowissenschaftlichen Kenntnissen und ohne Zugang zu neurowissenschaftlichen Laboratorien sind, zu neuropsychanalytischer Forschung beitragen könnten. Mir war klar,

dass einzig erfahrene psychoanalytische Kliniker unser Wissen auf diesem Gebiet vermehren könnten, denn Neurowissenschaftler sind im Allgemeinen genauso schlecht ausgestattet und wenig qualifiziert, klinische analytische Forschung zu betreiben, wie Psychoanalytiker hinsichtlich neurowissenschaftlicher Experimente. Und trotzdem schienen sie es nicht versuchen zu wollen.

Die meisten Analytiker ziehen es offenbar vor, bei ihrer Routinearbeit zu bleiben, eine „seelische Zahnarztztätigkeit“¹ zu betreiben, bestenfalls ergänzt durch ein gewisses intellektuelles Interesse an meinem Anliegen, – schlimmstenfalls durch unterschiedliche Grade von Missverständnis, was alle möglichen Verwirrungen zur Folge hatte, Warnungen vor derlei Arbeit eingeschlossen.

Diejenigen analytischen Kliniker, die sich aktiv in der Neuropsychanalyse engagierten, schienen überwiegend der Meinung zu sein, dass es sich nur um eine weitere psychoanalytische *Schule* handle mit ihrer eigenen Sprache (dieses Mal mit einer beruhigend wissenschaftlich klingenden) und eigenen Konzepten. Sie dachten daher, dass Neuropsychanalyse betreiben lediglich bedeute, damit anzufangen, ihre psychoanalytischen Beobachtungen und Theorien in diese neuen neurowissenschaftlichen Begriffe und Konzepte zu übertragen. Diese Art der Annäherung an die Neuropsychanalyse *mal eben so* führte unweigerlich zu wenig mehr als wilder *Spekulation* und trug damit zu jener unliebsamen Tendenz in der Psychoanalyse des 20. Jahrhunderts bei, von der die Neuropsychanalyse uns eigentlich befreien sollte.

Wenn es so einfach wäre, die neurowissenschaftlichen Termini und Konzepte aufzuspüren, die mit den komplexen mentalen Vorgängen korrelieren, die die Psychoanalyse zutage gefördert hat, dann wäre Freud damit wohl schon 1895 erfolgreich gewesen, als er seine eigenen fantasiereichen Versuche unternahm, die

¹ „Dentistry of the mind“ (zu Deutsch etwa: „seelische Zahnarztztätigkeit“ oder „Seelenklempnerei“), wie mein geistreicher Freund und Kollege Ricardo Steiner so treffend die typische professionelle Tätigkeit der meisten heutigen Psychoanalytiker beschrieb.

Dynamik der Seele in neurologischen Begriffen zu erfassen, nämlich mit „Vorstellungen, Transpositionen und Vermutungen“ (Freud, 1895/1950, S. 284). Wenn die Psychoanalyse wirklich die bisher nie dagewesene Gelegenheit nutzen wollte, die die Fortschritte der Neurowissenschaften ihr eröffnete – die Möglichkeit für die Neuropsychoanalyse, einen „neuen intellektuellen Bezugsrahmen für die Psychiatrie“ (Kandel, 1999) zu liefern – brauchte man *Forschung*, nicht ein neues Kauderwelsch von Wörtern.

Mir war auf frustrierende Weise klar, dass klinische analytische Arbeit mit neurologischen Patienten eine der vielversprechendsten Forschungsrichtungen war, die uns zur Verfügung standen, aber niemand schien bereit, damit zu beginnen. Und, mehr noch, das war Forschung, die *alle Analytiker* unternehmen konnten, in ihrem üblichen Behandlungsraum, mit geringstem Aufwand, denn sie mussten keine neuen Methoden oder Technologien erlernen oder anwenden. Diese Methode ist gängige psychoanalytische Forschungsarbeit, aber angewandt bei Patienten mit bekannten Läsionen in umschriebenen Hirnregionen. Alles, was also anders ist, ist die *Ätiologie* der seelischen Erkrankung; alles Übrige ist alltägliche Arbeit.

Am bedeutsamsten aber: Die Tatsache, dass die Ätiologie der seelischen Störung eine umschriebene Hirnschädigung ist, erlaubt dem analytischen Kliniker, empirische Beobachtungen über die funktionalen psychoanalytischen Korrelate definierter neuroanatomischer Strukturen zu machen. Darüber hinaus, versetzt es ihn in die Lage, diese Beobachtungen in dem einzigen Setting zu machen, das in angemessener Weise die metapsychologischen Konzepte anwendet (sie buchstäblich zum Leben erweckt), deren neuronale Korrelate wir suchen – denn diese Konzepte wurden alle aus Phänomenen abgeleitet, die in verlässlicher Form ausschließlich in der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung entstehen, in einem professionellen psychoanalytischen Setting.

Sind die groben *klinisch-anatomischen* Korrelationen, die aus dieser Art klinischer Arbeit gewonnen werden können, erst einmal erfasst (in der einfachen, direkten Weise, die in meinem Buch aus dem Jahr 2000 beschrieben ist), dann wird es möglich,

die sich ergebenden neuropsychanalytischen *Hypothesen* mithilfe anderer (labortechnischer) Methoden zu testen und zu verfeinern. Dasselbe Verfahren ist in jedem anderen Zweig der verhaltensorientierten Neurowissenschaften angewandt worden, unter Benutzung anderer psychologischer Theorien und Techniken, die zum Studium anderer Aspekte seelischen Lebens besser geeignet sind. Dies ist die großartige Gelegenheit, die sich der Psychoanalyse in diesem bedeutsamen Augenblick der Geschichte eröffnet hat.

Aus irgendeinem Grunde erfasste Klaus Röckerath all dies, als ich an jenem Abend in München 1995 meine Argumente darlegte. Warum er diese Argumente verstand und aufnahm – und, noch wichtiger, aktiv wurde –, wo doch fast jede Gruppe von Kollegen, die ich auf der ganzen Welt in all den Jahren vorher (und seitdem) mit denselben Überlegungen angesprochen hatte, es nicht tat, weiß ich nicht. Er kann dies besser erklären als ich. Alles, was zählt, ist, dass er es getan hat; der Rest ist, wie man sagt, Geschichte.

Er und Marianne Leuzinger-Bohleber – die weithin anerkannte Psychoanalytikerin und Forscherin – haben sich dann daran gemacht, eine klinische Arbeitsgruppe in Frankfurt und Köln aufzubauen, bestehend aus sechs Psychoanalytikern (zusätzlich einem Neuropsychologen), von denen jeder einen Patienten mit rechtshemisphärischer fokaler Hirnverletzung in Behandlung nahm. Dann haben sie regelmäßig ihre klinischen Beobachtungen miteinander verglichen und diskutiert, sie meinen eigenen publizierten Befunden gegenübergestellt, und haben auf diese Weise umso fundierter unser Verständnis der tiefen psychologischen Funktionen dieser Hirnregion gefestigt, und die neuronalen Korrelate dessen, was Freud „Objektliebe“ nannte. Laura Viviana Strauss, eine erfahrene Psychoanalytikerin, war früh ein Mitglied dieser Gruppe, die in der Folge ein Sprungbrett für eine Fülle lebendiger und kreativer neuropsychanalytischer Aktivitäten in Deutschland und darüber hinaus geworden ist – jetzt einmündend in diesem aufregenden Buch.

Um Missverständnissen vorzubeugen und um den Leser nicht mit einer zu pessimistischen Sicht der gegenwärtigen Situation der klinischen Psychoanalyse zurückzulassen, freut es mich, zu

sagen, dass sich seit 1995 eine Reihe anderer, ähnlicher Gruppen in verschiedenen Zentren weltweit zusammengefunden haben, zum Teil zweifellos angeregt durch Röckeraths Gruppe. Die vielleicht aktivsten von ihnen sind Daniel Wildlochers Gruppe in Paris und Edith Laufers in New York, neben meiner eigenen kleinen Gruppe in Kapstadt.

Bevor ich zum Ende komme, möchte ich gerne noch einen zusätzlichen Punkt erwähnen, allerdings einen wichtigen. Klinisch neuropsychanalytische Forschung ist – wie herkömmliche psychoanalytische Forschung – nicht nur eine *Untersuchungsmethode*; sie ist auch eine *Behandlungsmethode*. Die existierenden (vorwiegend kognitiven und verhaltenstherapeutischen) Methoden zur Behandlung der manchmal sehr schwerwiegenden seelischen Störungen, die neurologische Schädigungen und Erkrankungen begleiten, haben zu enttäuschenden Resultaten geführt. Im Lichte unserer ersten neuropsychanalytischen Ergebnisse ist das nicht überraschend. Die älteren Ansätze hatten die Tendenz, seelische Symptome neurologischer Patienten in statischen Begrifflichkeiten zu konzeptualisieren: Ein Teil des Gehirns, der eine bestimmte geistig-seelische Aufgabe ausführte, war geschädigt, und als Folge litt der Patient jetzt unter einem bestimmten psychologischen *Defizit*. Solche Defizite können natürlich nicht korrigiert werden – schon gar nicht mit psychologischen Mitteln.

Wir aber haben gefunden, dass diese Patienten, wie alle unsere Patienten, nicht unter einfachen Defiziten leiden. Natürlich sind sie defizient in verschiedenen spezifischen Aspekten (sind wir das nicht alle?), und es ist wahr, dass ihre größeren Defizite direkt aus der sichtbaren Schädigung des mentalen Apparates herrühren, *doch reichen diese Defizite nicht völlig zur Erklärung der komplexen neuropsychiatrischen Syndrome aus, wie man sie typischerweise beobachtet*. Diese Syndrome (z. B. Anosognosie, Konfabulation) sind zusammengesetzte Syndrome; die dynamischen Folgen primärer Defizite *plus funktioneller Reaktionen*. Diese funktionellen Reaktionen sind von ziemlich stereotyper (fast obligatorischer) Art, weil hierbei – wie bei jeder Psychopathologie – typische Entwicklungs- oder strukturelle oder andere Defizite dazu neigen, typische psychodynamische Reak-

tionen hervor zu bringen. Als ein Ergebnis dieser relativ fixierten Verknüpfungen zwischen Defiziten und Reaktionen, beschreiben nichtanalytische Kliniker das Endergebnis, als sei es eine einmalige, notwendige und unveränderbare Konsequenz der Schädigung. Aber das stimmt nicht. Die sekundären dynamischen Reaktionen erweisen sich erwartungsgemäß als veränderbar durch Deutung.

Der Grund dafür, dass die funktionalen Aspekte dieser Syndrome psychotherapeutischen Interventionen zugänglich sind, liegt nicht nur daran, dass sie nicht einfache Defizite sind, sondern auch daran, dass sie nicht nur *kognitive* Defizite sind. Sie sind *psychodynamische* Reaktionen im wahrsten Sinn des Wortes; das heißt, sie entsprechen (weitgehend unbewussten) motivierten seelischen Organisationen, angelegt, um das Selbst vor unerträglichen Zuständen zu schützen. Die Tatsache, dass diese Patienten, nicht weniger als alle anderen Menschen (von Menschen, deren Leben buchstäblich zerschmettert wurde, ganz zu schweigen), angesichts eines plötzlichen, überwältigenden Verlusts seelischen Gleichgewichts dazu gebracht werden, starke und oft primitive Abwehrreaktionen zu entwickeln, sollte niemanden überraschen. Aber es scheint selbst Psychoanalytiker zu überraschen. Weil die Ätiologie der seelischen Not neurologischer Patienten *organisch* ist, scheinen sie manchmal nicht länger als ganze Menschen angesehen zu werden – ohne weiteres Anrecht auf psychologisches Verständnis. Diese Patienten sind vielleicht am schlimmsten betroffen von dem, was Antonio Damasio (1994) so treffend als „Descartes' Irrtum“ bezeichnet hat: Ihre Gehirne sind beschädigt, damit sind sie neurologische Patienten, es gibt folglich keinen Grund, *psychologische* Experten zu ihren Seelen zu befragen. Die Wahrheit ist natürlich, dass ihre Gehirne und ihre Seelen ein und dasselbe Ding sind und das eine niemals ohne das andere betroffen sein (oder verstanden werden) kann.

Obwohl diese Art *neuropsychanalytischer* klinischer Arbeit (nicht weniger als unsere klinische Forschung) ganz am Anfang eines langen Weges steht, sind unsere ersten klinischen Ergebnisse nicht weniger vielversprechend als unsere wissenschaftlichen. Aus diesem Grund weiß ich, dass ich mit meinen optimistischen Gefühlen im Hinblick auf die Zukunft nicht alleine bin. Und dieses

Buch, herausgegeben von Klaus Röckerath, Laura Viviana Strauss und Marianne Leuzinger-Bohleber, den Pionieren der klinischen Neuropsychanalyse in Deutschland, trägt in hohem Maße zu meinem Optimismus bei.

Mark Solms

Literatur

- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error. Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putnam. *Deutsch*: (1995). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List-Verlag.
- Freud, S. (1895/1950). Project for a scientific psychology. SE Vol. 1, 284.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505 – 524.
- Kaplan-Solms, K. L., Solms, M. (2000). *Clinical studies in neuropsychanalysis: Introduction to a depth neuropsychology*. London: Karnac.

Neglect-Syndrom: Diagnose und Therapie

Franz Dick

Phänomenologie des Neglect-Syndroms

Zum Störungsbewusstsein und zum Problem
psychologischer Erklärung

Vorbemerkungen

Thematisch: Alle Wahrnehmungen und alle Bewegungen haben eine räumliche Dimension. Sie sind – im Unterschied zu sprachlichen Lebensäußerungen, die in erster Linie symbolischer Natur sind – durch räumlich-dimensionale Parameter zu beschreiben. Den wahrnehmenden und sich bewegendem Menschen interessiert das gemeinhin nicht. Er bezieht sich auf die Objekte der Wahrnehmung, auf die Ziele der Bewegung, die Absichten der Handlung. Das räumliche Bezugssystem (und das zeitliche, davon wird hier nur am Rande die Rede sein) ist ihm selbstverständlich und daher nicht bewusst. Erst wenn Widersprüche, Störungen auftreten, kann es ihm bewusst werden. Kann, muss aber nicht. Es wird eher *anderen Menschen* auffallen, wenn ein Bewegungsmuster oder eine Handlung auftreten, die in ihren räumlichen Dimensionen verzerrt sind. Das kann bizarr wirken – auf andere. Das Individuum selbst wird es erst einmal nicht wahrnehmen und später vielleicht Mechanismen entwickeln, die es darüber „hinwegsehen“ lassen.

Das wichtigste Phänomen in dieser Störung der räumlichen Dimension ist das Neglect-Verhalten oder Neglect-Syndrom – es gibt viele Namen dafür: *Hemineglect*, *Halbseitige Vernachlässigung*, *Hemispatial Neglect*, *Hemiinattention*, *unilateral spatial agnosia* ... (vgl. dazu Halligan u. Marshall, 1993, S. 5). Diese Autoren listen 13 synonyme oder sinnverwandte Begriffe auf. Einer davon ist: *Simultanagnosie*. Es hat, seit es zum ersten Mal beschrieben wurde, nichts von seiner Faszination verloren – für die Berufsgruppen, die damit vor allem innerhalb der neurolo-

gischen Rehabilitation zu tun haben, und für die Wissenschaft; und mehr oder weniger auch für Menschen, die damit nicht beruflich zu tun haben.

Biografisch: Vor allem zwei Ereignisse haben mein Interesse für diese Phänomene ausgelöst und dann aufrechterhalten. 1984 wies mir – als Neuling in der neurologischen Rehabilitation – ein Arzt einen Patienten zu, „mit jenem seltsamen Syndrom, von dem wir in letzter Zeit viel hören“, mit *Neglect-Syndrom*. Das war für mich damals ein Novum.

In meiner damaligen Auffassung, dass es die therapeutische Offenheit verlange, den Patienten über seine Defizite *aufzuklären*, zeigte ich einige Zeit später einem Patienten, der einen Schlaganfall hatte, die Video-Aufnahme über seine Leistungen im Nachlegen der Mosaik-Vorlagen im Test HAWIE-R. Man muss dazu bedenken, dass in der Video-Aufnahme das Aufgenommene von dem Patienten seitenverkehrt wahrgenommen wird. Was er auf der rechten Seite gelegt hat, sieht er in der Aufnahme links, und umgekehrt. Rechts wird links – und links wird rechts, also für den Patienten mit linksverzerrter Aufmerksamkeit leicht wahrnehmbar. Er sieht auf der rechten Seite, was er auf der linken angerichtet hat.

Der Patient war Architekt, also ein künstlerischer und technischer Gestalter von räumlichen Beziehungen. „*Wie können Sie mir so meine Fehler demonstrieren? Sie ... als Psychologe ...?*“ Er war offenbar entsetzt über seine Fehler und zeigte mir sein Empfinden. In der Folgezeit war die therapeutische Beziehung erheblich belastet. Viel Arbeit war notwendig, den Patienten in der Überwindung dieser Kränkung durch mich zu unterstützen und überhaupt die therapeutische Beziehung wieder aufzubauen. Und ich habe seitdem nie mehr in vergleichbarer Weise einen Patienten aufklären wollen.

Ich stellte mir die Frage: Wie sieht der Patient selbst die Welt und seine eigene Handlungsweise? Das „Bezugssystem“ seiner Wahrnehmung ist ein anderes als das meinige. Ich darf in der Kommunikation mit dem Patienten und in der Therapie nicht *mein eigenes Bezugssystem* stillschweigend voraussetzen.

In der Neglect-Literatur, die ich mir vornahm, fand ich wenig Unterstützung in dieser Frage. Sie hat dazu den Syndrom-Begriff

Anosognosie (Nichtwahrnehmung der eigenen Erkrankung; dazu unten) entwickelt und dem Patienten, der nicht nur seine Umwelt, sondern auch sich selbst anders wahrnimmt als *der Gesunde*, eine weitere *Störung* zugeschrieben. Die neurologische Lokalisationslehre will das Phänomen der Anosognosie vor allem dadurch erklären, dass sie nach Vorzugsorten der Läsion im Gehirn, die einer solchen Störung entsprächen, sucht.

Die Erfahrung lehrt, dass ein Patient sich sehr wohl nach und nach des Problems bewusst werden kann. Der Begriff *Anosognosie* aber sagt nichts darüber aus, unter welchen Bedingungen dieses Problem auftritt, und vor allem: *wie* ein Patient sich seiner Störung bewusst werden kann.

Erst in der systemtheoretischen Denkweise, wie ich sie dann in dem damaligen Kultbuch „Der Baum der Erkenntnis“ von Varela und Maturana (1987) studieren konnte, fand ich Gesichtspunkte, die ich als Anregung für diese Fragen aufnehmen konnte. Viele Jahre später fühlte ich mich bestätigt bei der Lektüre von „Phänomenologie der Wahrnehmung“ von Merleau-Ponty (1966), in dem die Bedeutung des Bezugssystems in jeglicher Wahrnehmung herausgearbeitet wird.

Ich habe seitdem mit einigen Hundert Patienten mit Neglect-Verhalten diagnostisch und therapeutisch gearbeitet. Etwa zwölf Jahre lang habe ich Patienten mit Neglect-Verhalten in Gruppen von drei bis zehn Patienten zusammengefasst. Gruppen haben den Vorteil, dass Patienten bei anderen Patienten beobachten können, was sie bei sich selbst nicht wahrnehmen. Sie lernen dabei: Ihre Situation ist nicht einmalig, es gibt auch andere Menschen, die damit Probleme haben. Das erscheint mir besonders bei diesem Phänomen von besonderer Bedeutung.

Ein drittes Ereignis hat mein Interesse noch einmal neu geweckt – die Einladung zur und Mitarbeit in der Neuropsychanalytischen Arbeitsgruppe Frankfurt/Düsseldorf/Köln. Die Fragen im Zusammenhang mit der Psychotherapie bei Neglect-Patienten, wie sie dort aufgeworfen wurden – das Verhältnis der Neglect-Symptomatik zum Ganzen der Persönlichkeit –, gehen weit über die übliche neuropsychologische Phänomenologie und Erklärungsversuche hinaus. In diesem Zusammenhang ist dieser Beitrag geschrieben. In ihn gehen also die Diskussionen und

Anregungen innerhalb dieser Gruppe ein, für die ich dankbar bin.

Begrifflich, methodisch: Was wird unter einem Neglect-Syndrom verstanden? Das ist der Gegenstand der Ausführungen in diesem Aufsatz. Damit sollen die weiteren Ausführungen in dem Buch vorbereitet werden. Wir denken dabei zunächst an die Leser, die mit dem klinischen Bild des Neglect-Syndroms wenig oder nicht vertraut sind. Leser, die damit vertraut sind, werden einige Aspekte aufnehmen können, die in der Literatur wenig oder nicht betont werden. Sie werden Auffassungen vorfinden, die in der neuropsychologischen Literatur nicht vertreten werden. Es kommt mir auf die *psychologische Äußerungsform* des Neglect-Syndroms an, nicht auf dessen neurologischen Grundlagen.

Dabei interessieren mich mehr die dynamischen als die statistischen Aspekte: mehr die Wechselbeziehung zwischen unterschiedlichen Merkmalen als ihre genaue Häufigkeit; mehr ihre prinzipielle Verbindungsmöglichkeit als die statistisch erhobene Interkorrelation; mehr die Entwicklung über der Zeit als der aktuelle Querschnitt (zu einem Zeitpunkt). Ich stütze mich also auf die Vielfalt von klinischer Erfahrung und versuche nicht, die Komplexität der Phänomene zu reduzieren. Ich nutze also die Vorteile der klinischen Erfahrung gegenüber der Forschung. Entsprechend sind die Aussagen häufig nur qualitativ, ohne quantitative Festlegung. Insofern mögen sie angreifbar sein.

Das Neglect-Syndrom wird als *psychologisches* Phänomen dargestellt, mit seinen unterschiedlichen Äußerungsformen, mit der Verbindung von Symptomen untereinander und ihrer möglichen Dissoziation, mit ihrem aktuellen Bild und dessen Entwicklung. Erst dann wird Bezug genommen auf die Assoziation mit neurologischen Symptomen und auf ihre organisch-neurologische Grundlagen. Daraus ergibt sich auch, dass zunächst nicht berichtet wird, dass *linksseitige* Neglect-Phänomene in ihrer Häufigkeit stärker verbreitet, in ihrer Schwere ausgeprägter und ihrer Äußerung anhaltender sind als rechtsseitige. Dieser Aufbau wird den Erwartungen des Lesers, der mit dem Neglect-Phänomen vertraut ist, vielleicht widersprechen.

Um dem Begriff des *Syndroms* auszuweichen, spreche ich im Folgenden in der Regel von *Neglect-Symptomatik*. Der Anspruch ist also eher *deskriptiv* als auf der Suche nach Syndromen ordnend oder erklärend. Anders als *Syndrom* legt *Neglect-Symptomatik* nur ein lockeres Bündel von Einzelmerkmalen nahe. Auch *Neglect-Verhalten* würde diesem Anspruch genügen. Er würde aber nur auf das beobachtbar-äußere (das diagnostisch Sichtbare) verweisen, nicht auch auf die (Selbst-)Wahrnehmung und andere innere Prozesse, die auch mit angesprochen werden.

Es werden zwar *Anknüpfungspunkte* theoretischer Erklärung, die in der Literatur angeboten werden, genannt; es wird aber nicht im Einzelnen auf diese eingegangen. Ich unternehme also den Versuch, in der theoretischen Deutung möglichst enthalten zu sein, das heißt, ich gebe in der phänomenologischen Darstellung keiner der theoretischen Deutungen den Vorzug. Aus diesem Grund spreche ich auch nicht von verschiedenen Arten von Neglect, da manche der Bezeichnungen (*repräsentationaler, objektzentrierter Neglect*) schon eine theoretische (Syndrom-)Festlegung enthalten. Nur eine Darstellung der Vielfalt und Differenziertheit des Phänomens und der häufig niedrigen Interkorrelationen von Einzelmerkmalen kann eine Basis für theoretische Erklärungsversuche sein. Erklärungen sollten nicht die Einzelmerkmale verabsolutieren, an denen sie einseitig anknüpfen.

Ich nenne in der beschreibenden Darstellung einzelne Anknüpfungspunkte (modern: *Schnittstellen*) für die *psychologische* Deutung einzelner Phänomene (Deutungen, die nicht beanspruchen, das ganze Phänomen in seiner Komplexität zu erklären), ohne diese Deutungen hier auszuführen.

Nur am Rande erwähnt werden die diagnostischen Methoden zur Prüfung von Art und Schwere des Neglect-Syndroms und auch therapeutische Interventionsmethoden (siehe dazu Ferber u. Karnath, 2002; Übersichten in Kerkhoff, 2004, S. 457 ff., sowie Rustenbach, Pawlik u. Wein, 2000).

Die *Abbildungen* sollen – vor allem für die Leser, die mit dem Phänomen nicht oder wenig vertraut sind – die Darstellung im Text verdeutlichen. Zum Teil bringen sie zusätzliche Aspekte gegenüber dem Fließtext ein. Man wird es den Abbildungen an-

sehen, dass sie im Rahmen der klinischen Praxis und nicht im Rahmen eines (standardisierenden) Forschungsprojektes gesammelt sind. Bei einigen Abbildungen sind die ursprünglich (für neurologische Patienten typisch) schwach gezeichneten Linien nachgezogen, damit sie in der grafischen Verkleinerung besser zu erkennen sind.

1 Zum Begriff, zu Symptomen und Symptomebenen

Neglect-Syndrom – wie bei jedem *Syndrom*-Begriff – lässt das *Syndrom* die Einheitlichkeit der damit zusammengefassten Phänomene leicht überschätzen. Die Forschung und vor allem die klinische Erfahrung im neurologisch-rehabilitativen Bereich zeigen, wie vielfältig die Neglect-Phänomene sind. Gleichwohl ist ihnen eines gemeinsam: Die *Asymmetrie in der Zuwendung zur Welt* (der äußern Welt und dem eigenen Körper), und zwar sowohl der passiven wie der aktiven Zuwendung: zunächst der *Perzeption* der Umgebung und des eigenen Körpers. Dieser Asymmetrie der Perzeption entspricht die Asymmetrie der *Expression*, also der Bewegung der Gliedmaßen, und die Asymmetrie der *Handlung*, in welcher die Einzelbewegungen unter dem Vorzeichen einer Intention zusammengefasst sind. Asymmetrie von rechts und links, also zwischen den beiden Seiten, wobei die Achse des Körpers und/oder die des Gesichtsfeldes als Bezugslinie gedacht sind.

Terminologisch soll hier – der Einfachheit halber – festgelegt werden: Die *Neglect-Seite* ist die Seite der Neglect-Phänomene, nicht die Seite der organischen Läsion, welche das Neglect-Phänomen verursacht. Die Neglect-Seite ist also die gegenüber der Läsion *kontraläsionale* Seite. Die *ipsiläsionale* Seite (die Seite der Gehirnläsion) ist immer die *Nicht-Neglect-Seite*.

1.1 Explorationsverhalten

Das erste und sichtbarste Merkmal ist das asymmetrische Explorationsverhalten nach rechts oder nach links; die ungleiche Zuwendung der (rezeptiven) Aufmerksamkeit nach den beiden Seiten des Raumes und des eigenen Körpers.

Rechts heißt dabei *rechts von*, und *links* heißt *links von*. Mitgedacht ist bei diesen räumlichen Parametern immer eine *Bezugslinie*: Die wichtigsten Bezugslinien sind die Mittelachse des eigenen Körpers und die Mittelachse des Gesichtsfeldes (siehe Abbildung 1).

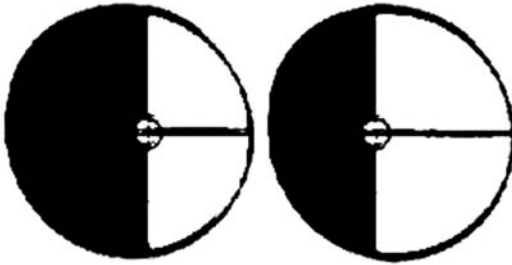


Abbildung 1: Gesichtsfelddiagramm: Homonyme Hemianopie nach links. Das Gesichtsfelddiagramm kann auch als schematisches Modell visueller Aufmerksamkeit dienen, wobei es einen Fokus (um die Fovea) und eine Peripherie der Aufmerksamkeit gibt. Natürlich kann die Aufmerksamkeit auch ohne Verschiebung des visuellen Fixationspunktes in die Peripherie verschoben werden (*Aufmerksamkeitsverschiebung*).

Das neglecthafte Explorationsverhalten ist vergleichsweise leicht zu prüfen durch Beobachtung der spontanen und der evozierten Blickwendung bei Suchaufgaben. Zum Beispiel wird es beim Textlesen leicht sichtbar: Es wird nur ein kleiner Bereich des Textes berücksichtigt und erfasst; das wird besonders deutlich im sprunghaften Wechsel der Fixation, beim Zeilensprung, also beim Textlesen (siehe Abbildung 2). Dabei könnte die Zeilenform des Textes es den Augen leicht machen, die Fixation über die ganze Breite der Seite zu führen. Und bei unvollständigem Lesen könnte der Text selbst, seine inhaltliche Kohärenz, eine Aufforderung sein, erneut und dann vollständig zu explorieren (vgl.

Karnath, 1993, S. 122). Es treten beim Lesen aber auch Fehler auf der Nicht-Neglect-Seite auf (siehe Abbildung 3).

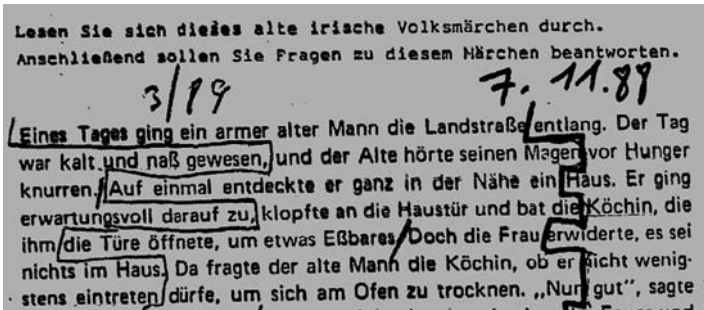


Abbildung 2: Lesediagramm zwei und sieben Monate nach cerebrovasculärem Infarkt. 64-jährige Patientin mit Hemiparese und Hemianopie links. Auch bei der zweiten Untersuchung gelingt nach gutem Beginnen der Fixationssprung zum Anfang der Zeile nicht.

Herr und Frau Meier frühstücken
gemütlich zusammen.
Danach zieht Herr Meier seinen Mantel an,
nimmt seine Tasche und geht aus dem Haus.
Er fährt mit seinem alten, roten Auto,
mit dem röhrenden Auspuff, zum Büro.
das Büro ist in der Innenstadt im 10. Stock
eines Hochhauses.
Als Herr Meier in das Hochhaus hineingeht,
sieht er ein Schild am Aufzug.
Nicht in Betrieb - steht darauf.
Er geht die Treppe hinauf. Die Treppe hat
über 200 Stufen. Herr Meier kommt zu spät.
Sein Chef schimpft.

Abbildung 3: Neglect-Lesefehler – trotz Links-Neglect auf der rechten Seite – in Wirklichkeit auf der linken Seite; nämlich links von der Blickachse, die naturgemäß beim Lesen wechselt. Und zwar springt sie von einem visuellen und semantischen Schwerpunktwort eines Satzes zum nächsten. Einzelne Wörter oder Wortanfänge gelangen so auf die linke Seite. So kommt es zu Links-Neglect-Fehlern auch auf der rechten Seite des Textes.

Beim Lesen geben die Worteinheiten Anhaltspunkte dafür, dass ein Leseakt unvollständig war und die visuelle Exploration sozusagen noch einmal ausholen muss. Daher werden zur Prüfung unvollständigen Explorationsverhaltens gerne nicht zusammenhängende Wort- und Zahlzusammenstellungen genommen. Oder es werden sinnleere Figuren oder Buchstaben vorgegeben, wie bei dem gebräuchlichen Albert-Test (siehe Abbildung 4).

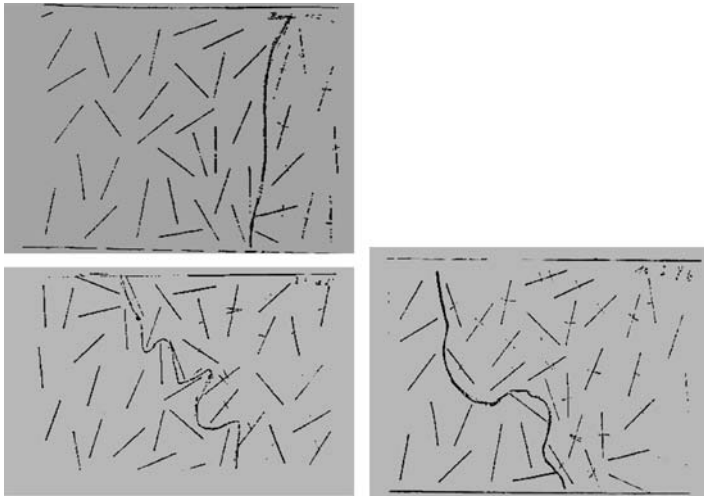


Abbildung 4: Einfache Explorationsaufgabe: „Streichen Sie bitte die Linien durch, die Sie sehen.“ Drei Anwendungen des Albert-Tests mit einem Patienten mit rechtshemisphärischem Insult mit einigen Wochen Abstand. Die linke Seite wird nach und nach wieder besser exploriert.

Abbildung 5 zeigt, dass *rechts* und *links* keine absoluten Begriffe sind, die sich fest auf eine Raumseite (gemessen an der Körperachse) beziehen. Bei visuellen Aufgaben ist *rechts* immer rechts *von* etwas, nämlich von der Blickachse; *links* ist links von der Blickachse. Wo links war, kann rechts werden, und wo rechts war, kann links werden – wenn die Blickachse verschoben wird. Und immer wieder wird der Gegenstand auf der einen Seite weniger exploriert als auf der anderen. Allerdings: Je weiter die Blickachse nach links bewegt wird (in dem Beispiel ist das nicht der Fall), desto stärker setzt sich die Unterscheidung zwischen links und

Die psychoanalytische Arbeit mit neurologisch geschädigten Patienten hat einige Besonderheiten zu beachten. Hirnschädigungen, wie sie häufig durch einen Schlaganfall entstehen, führen zu eingeschränkten Wahrnehmungen (Neglect-Syndrom). Solche Phänomene erinnern an psychische Abwehrformen wie zum Beispiel die Verleugnung. Die Autoren gehen der Frage nach, inwieweit sich eine Hirnschädigung auf die Ich-Funktionen auswirkt und welche Konsequenzen sie für die Persönlichkeit des Patienten oder der Patientin hat.

Die Herausgeber

Dr. med. Klaus Röckerath ist Psychoanalytiker in eigener Praxis in Köln.

Dr. phil. Laura Viviana Strauss, Liz. in Psychologie (Argentinien), ist Psychoanalytikerin in eigener Praxis in Düsseldorf.

Prof. Dr. phil. Marianne Leuzinger-Bohleber ist Geschäftsführende Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts Frankfurt/Main und Professorin für Psychoanalytische Psychologie an der Universität Kassel.

ISBN 978-3-525-45183-0



9 783525 451830

www.v-r.de