

# 3 Die neuro-psychoanalytische Forschung am Beispiel des Korsakow-Syndroms

Mark Solms<sup>1</sup>

## 3.1 Einleitung

Meine wissenschaftliche Arbeit dreht sich hauptsächlich um die Beziehung zwischen Psychoanalyse und Neurowissenschaften. Genau an deren Schnittstelle eröffnet sich meiner Meinung nach für die moderne Psychoanalyse eine ganze Fülle an Möglichkeiten, die ich an einem einzigen Fallbeispiel illustrieren möchte.

Ich gehe davon aus, dass Psychoanalytiker und Neurowissenschaftler (bzw. Neuropsychologen und Verhaltensneurologen aus dem Bereich der kognitiven Neurowissenschaften) im Wesentlichen ein und dasselbe interessiert: Geist und Psyche des Menschen. Zu verstehen, wie sie funktionieren und warum, ist unser beider Ziel. Wenn wir also tatsächlich dasselbe Forschungsfeld beackern, allein mit unterschiedlichen Methoden und Werkzeugen, dann ist es doch absurd, dass wir so wenig miteinander zu tun haben, statt zusammenzuarbeiten und unsere Erfahrungen und Ergebnisse untereinander auszutauschen. Dies also ist der Ausgangspunkt und die Basis für meine Forschungsarbeit.

Auf der Suche nach einem Verständnis des menschlichen Geistes gehen wir in der Psychoanalyse davon aus, dass wir *selbst* unsere Psyche sind, d.h. wir betrachten sie aus der Perspektive der **inneren Erfahrung** – was Freud die innere

Oberfläche des Bewusstseins genannt hätte. Wir schauen ins Innere hinein. Wir wollen unsere Patienten ergründen, und deshalb ermutigen wir sie, nach innen zu schauen und in freien Assoziationen so ehrlich und genau wie möglich zu beschreiben, wie es ihnen, während sie auf der Couch liegen, ergeht. Zunächst deuten wir, was im jeweiligen Patienten in diesem Moment passiert. Daraus ziehen wir dann Rückschlüsse über die Person im Allgemeinen, deren Persönlichkeitsstruktur sowie die Probleme, die Anlass für die Analyse waren. Daraus lassen sich dann generelle Funktionsweisen von Geist und Psyche ableiten. Was wir letztendlich begreifen wollen ist – wie kognitive Neurowissenschaftlicher es umschreiben würden – „die funktionelle Architektur des Geistes“.

Im Gegensatz zu Psychoanalytikern beginnen Neurowissenschaftler ihre Entdeckungsreise von der Warte der **äußeren Wahrnehmung** aus. Sie schauen nach außen, betrachten den Geist als Gehirn, Körperorgan, Gegenstand: als etwas Äußeres. Was sie mit vielen verschiedenen Methoden und Ansätzen erkennen wollen, ist also ebenfalls die Funktionsstruktur des Gehirns. Folglich thematisieren die von Neurowissenschaftlern angestellten Erklärungsversuche zur Funktionsweise des Gedächtnisses (welches in meinem Beispiel von zentraler Wichtigkeit ist) exakt den gleichen Gegenstand wie unsere psychoanalytischen Gedächtnistheorien.

Während die Psychoanalyse jedoch hauptsächlich auf eine einzige Untersuchungsmethode, nämlich die klinische, zurückgreift, verfügen Neurowissenschaftler über eine reichhaltige Auswahl an Methoden. Eine jedoch hatte histo-

<sup>1</sup> Aus dem Englischen übersetzt von Claudia Campisi, Stuttgart

risch gesehen in den kognitiven Neurowissenschaften eine ähnlich bedeutsame Stellung wie unsere klinische Methode in der Psychoanalyse: die klinisch-anatomische Korrelation. Sie wurde 1861 offiziell von Broca eingeführt und auch von Charcot vertreten, der ja auf Freud einen starken Einfluss ausübte. Bei dieser Methode werden durch Krankheit oder Verletzung eines bestimmten Gehirnareals verursachte mentale Veränderungen bei neurologischen Patienten klinisch beobachtet. Diese Beobachtungen werden dann mit den anatomischen, d.h. mit der Darstellung der Gehirnläsion, korreliert. Das Ergebnis zeigt dann, welche Funktion der jeweilige Hirnpart vor der Schädigung hatte.

Obwohl dies wie gesagt nicht die einzige Methode der kognitiven Neurowissenschaften ist und mit der Zeit viele mehr dazukamen, finden Psychoanalytiker in ihr die optimale Anknüpfungsstelle zur anderen Disziplin.

Ausgehend von dem Erklärungsansatz des 19. Jahrhunderts haben Neurowissenschaftler inzwischen ein hochkompliziertes Bild der funktionellen Architektur des Gehirns erarbeitet. Solche Versuche, normal funktionierende Prozesse von anatomisch lokalisierten Gehirnerkrankungen abzuleiten, sind üblicherweise, aber auch notgedrungen, theoriebasiert, denn – egal ob als Neurowissenschaftler oder Psychoanalytiker – ohne eine ordnende Theorie stellt man keine klinischen Beobachtungen an. Die vermögenspsychologischen Theorien, die 1861 sehr populär waren, wurden in der Verhaltensneurowissenschaft schließlich sehr bald durch die Theorien der Assoziationspsychologie ersetzt, welche gar nicht so weit entfernt sind von der klinisch-anatomischen Korrelation, wie sie heute in der psychologischen Wissenschaft, d.h. der kognitiven Psychologie, verwendet wird. Verhaltensneurowissenschaftler richten ihre Erforschung der funktionellen Architektur des Gehirns an einem kognitiven Modell aus, das sich bei ihren Bemühungen, das Denken zu entschlüsseln, zwar bewährt hat, dann aber verständlicherweise ins Stocken geriet, als die Neurowissenschaften über das rein Kognitive hinauswuchsen.

Neuropsychologen haben erst in den letzten Jahren begonnen, sich mit Themen auseinanderzusetzen, welche sie zuvor abgelehnt hatten, die psychologisch gesehen aber höchst interessant sind: die Persönlichkeitsproblematik, die komplexen Emotionen und die Motivation. Hier bietet sich nun für die Psychoanalyse eine einzigartige Chance, die Kluft zur Neurowissenschaft zu überbrücken, weil die Psychoanalyse schon lange über detailliert ausgearbeitete Theorien zu diesen psychologischen Grundthemen verfügt, die Neurowissenschaften hingegen dort noch ganz am Anfang stehen. Zum Glück bin ich nicht der Einzige, der glaubt, dass für Neurowissenschaftler, die diese komplexen Probleme der menschlichen Subjektivität erst seit Kurzem angehen, die psychoanalytischen Theorien besonders hilfreich sind. In dieser Hinsicht stimme ich mit dem Medizinnobelpreisträger Eric Kandel überein, der in seinem Aufsatz „A new intellectual framework for psychiatry“ (1998, 1999) feststellte, dass dies die Zukunft der kognitiven Neurowissenschaft sei. Um diese subjektiven Aspekte der Psyche zu begreifen, sollten kognitive Neurowissenschaftler eine Brücke zur Psychoanalyse schlagen, weil diese immer noch „die schlüssigste und intellektuell höchst befriedigende Perspektive“ auf Persönlichkeit, Motivation und Emotion liefere (ebd. S. 105). Dieses Neuland, das sich hier eröffnet und das zu betreten ich große Lust habe, bietet nicht nur für die Neurowissenschaft, sondern auch für die Psychoanalyse große Vorteile. Wenn es uns gelingt, unsere psychoanalytischen Konzepte mit den neurowissenschaftlichen zu verknüpfen, dann hätten wir eine ganze Palette an neuen Methoden, mit denen wir die Hypothesen, die zu erstellen wir uns bisher begnügt hatten, auch überprüfen könnten. Zwar lassen sich mit der psychoanalytischen Methode hervorragend Hypothesen und Deutungen zur Funktionsweise des Gehirns erstellen – bei deren Überprüfung haben sich Psychoanalytiker historisch gesehen aber als weniger fähig erwiesen. Besonders im Hinblick auf die wissenschaftlich seriöse Unterscheidung zwischen konkurrierenden Hypo-

thesen sind der psychoanalytischen Methode unüberwindbare Grenzen gesetzt. Mithilfe von neurowissenschaftlich untermauerten Hypothesen könnten wir jedoch ganz im Sinne von Freuds Metapsychologie eine allgemeine Theorie des Geistes entwickeln.

## 3.2 Die Methode

Meine engste Mitarbeiterin bei der Anwendung der im Folgenden beschriebenen Methode ist meine Frau, Karen Kaplan-Solms, doch glücklicherweise sind inzwischen immer mehr Kollegen dazugekommen. Uns ist nur zu bewusst, dass dies nur die allerersten Schritte sind, eine Rohskizze des Versuches, unsere psychoanalytischen Grundauffassungen anatomisch bzw. physiologisch darzustellen. Natürlich bleibt noch viel zu tun, aber so sehr unterscheidet sich unsere Methode zur Herstellung von Verknüpfungen von der oben beschriebenen klinisch-anatomischen auch wieder nicht. Genau wie Broca damals und kognitive Neurowissenschaftler heute untersuchen auch wir Patienten mit lokalisierten Gehirnläsionen, um die Ursachen ihrer mentalen Veränderungen aufzudecken. Jedoch ist unsere klinische Beobachtungsmethode wie auch die strukturierende Theorie eine psychoanalytische, d.h.: Wir untersuchen diese Patienten mithilfe der Psychoanalyse, um die von den Gehirnläsionen verursachten Veränderungen ihrer Persönlichkeit und ihres emotional-motivationalen Erlebens zu verstehen und bekommen so einen ersten Rohentwurf der im Hirngewebe abgebildeten Psyche. Im Grunde kochen auch wir nur nach dem guten alten Rezept der verhaltens-neurowissenschaftlichen klinisch-anatomischen Methode. Der einzige Unterschied besteht in der Art der Durchführung dieser klinischen Beobachtungen. Kognitive Neuropsychologen verwenden zur Erklärung mentaler Veränderungen psychometrische Tests, welche zum Erfassen der subjektiven Psychologie nicht geeignet sind. In einer Psy-

choanalyse hingegen befassen wir uns mit den Patienten selbst. Wir haben diese Methode bei vielen verschiedenen Gehirnläsionen angewendet und sind zu dem Schluss gekommen, dass es nur so geht: Man untersucht Patienten mit Schädigungen unterschiedlicher Hirnteile und fasst sie dann zu Gruppen von anatomischen Regionen zusammen. Zum Beispiel haben wir bei einer Patientengruppe mit einer Schädigung der rechten Hemisphäre das dort lokalisierte Agnosie-Neglekt-Syndrom untersucht, welches sehr merkwürdige Persönlichkeitsveränderungen auslöst, und ich glaube, dass wir durch die psychoanalytische Beobachtungsweise sehr interessante Erkenntnisse gewonnen haben (Solms 1999).

Das Korsakow-Syndrom, das ich nun vorstellen möchte, wird aber mit einer anderen Gehirnregion in Verbindung gebracht.

## 3.3 Der Patient und das Korsakow-Syndrom

Das Korsakow-Syndrom ist von einer sehr befremdenden und Besorgnis erregenden Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet. Die damit assoziierte Gehirnregion befindet sich genau vor dem dritten Ventrikel. Es ist allerdings umstritten, genau welche Nuclei beim Entstehen dieses Syndroms involviert sind. Der Nucleus medialis dorsalis thalami, weiter unten der Hypothalamus und die Mamillarkörper scheinen dabei eine Hauptrolle zu spielen. Vermehrt werden auch die basalen Vorderhirnkerne des Frontallappens und, zumindest teilweise, das Gewebe des Frontalkortex in Betracht gezogen. Die betroffenen Areale sind also: der Thalamus dorsalis, der Hypothalamus, die basalen Vorderhirnkerne und der Frontalkortex.

Man beachte, dass das folgende Krankheitsbild keinen „Hirnschaden“ im Allgemeinen beschreibt, sondern einen bestimmten Hirnschaden in einem ganz bestimmten Gehirnareal. Klar ist, dass die Schädigung eines anderen

Bereichs eine völlig andere Persönlichkeitsveränderung zur Folge hätte. Überdies sollte man das Korsakow-Syndrom nicht verwechseln mit der Korsakow-Erkrankung, eine selbstständige Krankheitseinheit, die 1887 zusammen mit Korsakows ursprünglichem Syndrom und 1889 in einem zweiten Aufsatz beschrieben wurde. Der frühere Aufsatz erläuterte einen bestimmten Krankheitsverlauf, und zwar einen als Folge von chronischem Alkoholismus auftretenden Vitaminmangel, der diesen Gehirnbereich beeinträchtigt. Im Zuge dessen stellte man jedoch fest, dass alle genau in diesem Bereich auftretenden Erkrankungen dasselbe Syndrom auslösen.

Der Patient meiner Fallbeschreibung litt also nicht an der Korsakow-Erkrankung, sondern an einer anderen Krankheit, welche aber der Auslöser des Korsakow-Syndroms war. (Er gehört zu einer Patientengruppe, die ich in einem anderen, gemeinsam mit meiner Frau verfassten Buch im Detail beschrieben habe; s. Kaplan-Solms u. Solms 2000.) Das klinische Korsakow-Syndrom tritt mit einer Schädigung des oben genannten Hirnbereichs auf, und zwar unabhängig von ihrer Ursache oder ihrem pathologischen Prozess. Zum Beispiel litt ein anderer Patient derselben Gruppe (ebd. S. 215) an einem geplatzten Aneurysma an der Arteria communicans anterior, d.h. an einer Blutung in diesem Hirnareal, und ein dritter (ebd. S. 207) hatte an derselben Stelle eine selbst zugefügte Schusswunde.

Den Patienten, auf den ich mich hier konzentriere (und der nicht in unserem Buch aufgeführt ist), habe ich vor einiger Zeit in London behandelt. Er hatte im besagten Areal einen Gehirnhauttumor, der chirurgisch entfernt worden war. Als er nach der Operation aufwachte, hatte er das Syndrom.

### 3.3.1 Die Symptome des Korsakow-Syndroms

Das Korsakow-Syndrom ist von zwei Hauptsymptomen gekennzeichnet. Das erste ist die **Amnesie**, ein schwerer Gedächtnisverlust, der

darin besteht, dass Erinnerungen nicht im Gedächtnis verankert werden können. Es kann also passieren, dass Sie aus dem Zimmer gehen, nach fünf Minuten wiederkommen und der Patient Sie nicht mehr erkennt, sondern meint, Sie nie zuvor gesehen zu haben. Dies ist keine exotische Ausnahme, sondern passiert recht häufig.

Korsakow-Patienten sind unfähig, Dinge zu behalten – im wahrsten Sinne des Wortes. Sie leben von einem Moment zum nächsten, ohne sich in irgendeiner Weise auf das gerade Vergangene besinnen zu können. Das sind vor allem die am kürzesten zurückliegenden Ereignisse, besonders aber die nach dem Krankheitsbeginn. Auch ältere Erinnerungen schwinden, jedoch fortschreitend weniger. So bekommen wir eine Verlaufskurve, die so aussieht: Je länger die Erinnerungen zurückliegen, desto sicherer sind sie im Gedächtnis verankert, je kürzer, desto unsicherer (oder nicht-existent).

Das zweite Merkmal, welches das Korsakow-Syndrom von anderen amnestischen Syndromen unterscheidet, ist die **Konfabulation**, Terminus technicus für Realitätsverzerrungen: Statt Erinnerungen einfach zu vergessen und auf eine direkte Frage, etwa in einem Gedächtnistest, zu antworten: „Ich kann mich nicht erinnern“, erfinden diese Patienten Erinnerungen, erzählen Geschichten, hegen falsche Überzeugungen, fabrizieren Begebenheiten. Sie haben also nicht nur ihr Gedächtnis verloren, sondern füllen die Erinnerungslücken gewissermaßen gleich wieder mit blühenden Phantasien auf. Prima facie erinnert dies an eine Psychose, weshalb das Syndrom manchmal auch als *Korsakow-Psychose* beschrieben wird.

### 3.3.2 Neuropsychologische Erklärungen des Korsakow-Syndroms

Welche Theorien hat nun die Neuropsychologie dafür? Trotz allerhand Meinungsverschiedenheiten gehen die meisten Theoretiker von zwei bzw. drei Defiziten aus.

- Das erste dieser fehlenden bzw. defekten Bauteile der funktionellen Gehirnstruktur besteht in einer Erkrankung der Gedächtnissysteme, die es den Patienten extrem schwer macht, in ihren Speichern nach Erinnerungen zu suchen. Was hier nicht funktioniert, ist also die Datensuche, bzw. das Abrufen der korrekten Erinnerung.
- Das zweite Defizit besteht darin, dass Erinnerungen, so ungenau sie auch sein mögen, mit dem defekten Suchsystem zwar abgerufen, aber nicht entsprechend verarbeitet werden können. Das heißt, dass die Richtigkeit einer bestimmten Erinnerung nicht nachgeprüft werden kann.
- Beim dritten, von manchen Seiten ebenfalls als wichtig erachteten Defizit, ist die übergeordnete, exekutive Gehirnfunktion beeinträchtigt, d.h. es bestehen allgemeine Schwierigkeiten im Strukturieren und Kontrollieren der Denkprozesse sowie im Abwägen der Angemessenheit von Handlungen, und die Fähigkeit zur Einsicht ist eingeschränkt.

Dies also ist vereinfacht die aktuelle kognitiv-neurowissenschaftliche Entstehungstheorie des Korsakow-Syndroms.

### 3.4 Die psychoanalytische Behandlung des Korsakow-Patienten

Was passiert bei der Psychoanalyse eines Korsakow-Patienten? Übrigens sollte man Patienten generell nicht nur für Studienzwecke untersuchen, sondern *therapieren*. Denn wenn man Zugang zum inneren Leben eines anderen Menschen erhalten will, muss man versuchen ihm zu helfen. Dabei ist es wichtig, sein Vertrauen zu gewinnen und sein Engagement für

diese Aufgabe zu wecken, weil sonst der Prozess stark behindert würde. Wir wollen also helfen. Ob wir das tatsächlich tun, steht natürlich auf einem anderen Blatt. Bis zu welchem Grad man Menschen mit solch entsetzlichen, von Gehirnläsionen verursachten, geistigen und psychischen Veränderungen helfen kann, werden zukünftige Forschungsergebnisse zeigen.

Wenn man Patienten, statt sie anhand einer Verhaltens-Checkliste oder eines Fragebogens nach objektiven Kriterien zu bewerten, in den Sitzungen menschlich kennen lernt, dann beginnt sich etwas abzuzeichnen, was für jeden Psychoanalytiker absolut selbstverständlich ist, in neurowissenschaftlichen Schriften aber fehlt. Was genau das ist, werde ich später noch beschreiben. Auf jeden Fall sind diese Konfabulationen, zufällige Assoziationen, bizarren Einfälle und Erfindungen in Wahrheit gar nicht so zufällig und bedeutungslos. Die Gedankengänge, die diese Patienten in einem psychoanalytischen Behandlungszimmer unkontrolliert von sich geben, wenn man ihnen zuhört, haben durchaus Struktur und Kohärenz.

Mein Tumorpatient kam über zwei Wochen täglich (d.h. sechsmal pro Woche) zu mir. Ausnahmsweise nahm ich diese Sitzungen auf Band auf, weil ich eine objektive Aufzeichnung als späteren Nachweis unserer spannenden Entdeckungen für sinnvoll hielt. Überraschenderweise entpuppte sich das Resultat der Aufnahme als Enttäuschung. Beim Durchlesen des Transkripts seiner endlosen Ausschweifungen, wurde mir klar, dass dies nicht annähernd meine Erfahrungen mit dem Patienten wiedergab. Das Folgende ist ein Auszug des zehnten Sitzungstranskripts. Damit die Äußerungen des Patienten nicht völlig unzusammenhängend wirken – welchen Eindruck ich während der Sitzung gar nicht hatte –, habe ich den Text ein wenig redigiert, und „ähms“, „ähs“ sowie ins Nichts laufende Halbsätze und diffuses Gestammel gelöscht.

### Klinisches Fallbeispiel

Ich hatte bisher neun Sitzungen mit ihm. Dies ist ein Bericht von der Donnerstags-sitzung der zweiten Woche. An keinem der Tage erkannte er mich wieder. Er weiß nicht, wer ich bin, und soweit er weiß, ist er noch nie bei mir gewesen. Mit dem Gehirn oder der Psyche habe ich nichts zu tun. Mal bin ich dies, mal bin ich jenes. An einem Tag bin ich ein Kommilitone von ihm und im gleichen Ruderteam, an einem anderen in seiner Fußballmannschaft und wieder ein anderes Mal bin ich sein Trinkkumpen. Oft habe ich etwas mit seinem beruflichen Leben zu tun (Elektrotechnik), bin ein Kunde, ein Kollege oder ein Geschäftspartner. An diesem Donnerstag hält er mich für einen Arzt. Dies scheint mir ein Fortschritt. Als ich herunterkomme, um ihn aus dem Wartezimmer abzuholen, hebt er die Hand zum Kopf, wo er eine Narbe von der Kraniotomie hat, und sagt: „Hallo Doktor!“ Ich kann es kaum fassen. Dann gehe ich mit ihm nach oben in mein Behandlungszimmer und wir setzen uns.

Um diese neue Entwicklung zu bewahren, sage ich gleich als Erstes zu ihm: „Als wir uns im Wartezimmer begrüßten, haben Sie auf Ihren Kopf gezeigt.“ Er sagt: „Ich glaube, es liegt daran, dass eine Patrone fehlt. Wir müssen ... wir brauchen bloß die Beschreibung“, womit er eine Baubeschreibung meint. „Wir brauchen bloß die Beschreibung. Welche war es denn gleich? Eine A C49?“ Ich frage: „Wozu braucht man eine C49-Patrone?“ Er antwortet: „Gedächtnis. Es ist eine Gedächtnispatrone, eine Gedächtnisprothese.“

Sofort geht mir durch den Kopf, dass er mit der Prothese an die letzte Sitzung anknüpft, in der ich in seiner Vorstellung ein Zahnarzt war. Und wirklich war er vor ein paar Jahren u.a. wegen einer Prothese in zahnärztlicher Behandlung gewesen. Er sagt: „Aber ich habe es eigentlich nicht verstanden. Ich habe sie doch seit gut fünf oder sechs Monaten gar nicht benutzt.“ Seine Operation

liegt übrigens ca. zehn Monate zurück. „Sieht aus, als brauchen wir sie gar nicht. Das war ja überall rausgeschnippelt, von einem Doktor, wie heißt der noch mal, ein Dr. Solms, glaube ich.“

Dies nun ist sehr interessant, weil er nach seiner Operation und dem Amnesiebeginn nicht den leisesten Schimmer hatte, wer oder was ich war. Seitdem schwirrt also irgendwo in seinem Kopf dieser Name herum: Dr. Solms. „Wie heißt der? Dr. Solms, glaube ich. Aber ich brauche das eigentlich gar nicht. Die Prothese funktioniert.“ Darauf erwidere ich, „Sie sind sich darüber bewusst, dass mit Ihrem Gedächtnis etwas nicht stimmt, aber –“ Er unterbricht mich: „Ja, funktioniert nicht 100%, aber wir brauchen es eigentlich nicht.“ Was für ein Riesenfortschritt, denke ich, dass er merkt, dass sein Gedächtnis nicht funktioniert, und dass er überhaupt weiß, dass wir vom Gedächtnis sprechen! „Ja, es funktioniert nicht 100%, aber wir brauchen es eigentlich gar nicht – es hat nur ein paar Schläge ausgesetzt. Die Analyse ergab, dass da eine C oder C09 gefehlt hat. Denise hat mich zum Arzt gebracht.“

Denise ist seine erste Frau. Er ist zum zweiten Mal verheiratet und es war seine neue Frau, die ihn herbrachte. Sie heißt aber anders.

Er: „Denise hat mich zum Arzt gebracht, wie heißt der noch mal, Dr. Solms oder so, und er hat so eine Herztransplantation gemacht und jetzt funktioniert es wieder prima, setzt nie aus.“ Tatsächlich wurde vor vielen Jahren bei ihm eine Angioplastie durchgeführt. Es war aber nur eine kleinere Herzoperation und keine Transplantation.

Ich: „Ihnen ist bewusst, dass da etwas fehlt, nämlich ein paar Erinnerungen. Weil Sie das natürlich beunruhigt, hoffen Sie, dass ich, so wie die anderen Ärzte Ihre Zähne und Ihr Herz, Ihr Gedächtnis wiederherstellen kann. Aber Sie wollen es so sehr, dass es Ihnen schwer fällt zu akzeptieren, dass es noch nicht funktioniert.“

„Ach ja, tatsächlich, es funktioniert nicht 100%“, sagt er und fasst sich wieder an den

Kopf. *„Ich habe eins auf den Kopf gekriegt, ging für ein paar Minuten vom Spielfeld, aber jetzt ist es wieder gut. Ich sollte wohl besser nicht weiterspielen, aber Sie kennen mich ja, ich lass mich nicht unterkriegen. Also habe ich Tim Noakes (ein Sportmediziner) gefragt, weil ich doch versichert bin und warum soll ich das nicht ausnutzen, warum nicht zum Besten gehen, und er sagt, gut, spiel weiter.“*

Was er hier meint ist natürlich sein Gedächtnis. Obwohl er eigentlich über alles Mögliche spricht, gibt es darunter etwas, das ihn leitet, ein Bewusstsein seines Gedächtnisverlustes, was eine neue Entwicklung darstellt. Ich versuche also, ihn immer wieder darauf aufmerksam zu machen, dass es eigentlich dies ist, was ihn umtreibt und beängstigt. Schließlich wird er unruhig und spricht von Sprengstoff: *„Also, in dieser Fabrik (welche Fabrik?) liegen eine Menge Sprengkapseln herum, das kann sehr gefährlich werden und das ist doch nicht gut für Jugendliche, wenn sie die Dienstanweisungen nicht beachten. Das kann zu einer Explosion führen.“*

Damit will er mir zeigen, ist meine Interpretation, dass es jetzt für ihn gefährlich wird, dass meine Worte ihn stark verunsichern. Es wird nun emotionaler, ist nicht mehr nur rein intellektuell. Ich komme wieder durch zu ihm, so dass er sich wieder konzentriert. Ihm wird langsam bewusst, dass er eine Gedächtnisstörung hat, und nun weiß er nicht mehr aus noch ein. Er ist wirklich durcheinander, ist total gestresst. Dann steht er auf und sucht in seinen Hosentaschen nach einem Stück Papier, das er verloren hat, wie er sagt, aber da war nichts und ich sage zu ihm, dass er es vielleicht woanders liegen gelassen hat und dass ich keines bei ihm gesehen habe, seit er hier ist. Er kramt in seinen Taschen herum, zieht seine Hose aus und schüttelt die Hosenbeine, sein Zustand ist nun sehr erregt, wie bei jemandem, der etwas Wichtiges, das ihm viel bedeutet, verloren hat. Dann sucht er unter dem Stuhl, hebt ihn hoch, schaut darunter nach. Die-

ser große Kerl mit dem Stuhl in der Hand – mir wurde langsam bange um meine Sicherheit.

Seine offensichtlich starke Beunruhigung kam daher, weil er ja wirklich etwas verloren hatte: sein Gedächtnis!

### 3.5 Diskussion

Die Situation mit meinem Patienten erinnert an das Programmsuchen im Fernsehen: Man dreht am Knopf, trifft erst nicht ganz, dann ist man auf Position, Bild und Ton sind scharf, man verliert den Punkt wieder und hört nur noch Rauschen, das Bild flimmert kurz auf – man hat den Sender gefunden, versucht ihn scharf zu stellen, man glaubt sich am Ziel – und schon geht es wieder von vorne los. So sind seine Assoziationen, und so fühlt man sich, wenn man ihm zuhört. Er, oder zumindest ein Teil von ihm, versucht, den richtigen Sender zu finden, d.h. die eigentliche Erinnerung oder das Bewusstsein für das, was in seiner Welt in diesem Moment passiert. Er hat den Sender, kann ihn aber nicht halten und rutscht wieder weg, und zwar nicht ganz woandershin, sondern immer noch auf derselben Wellenlänge. Er kommt also nur fast auf den Punkt. Folglich sind diese ganzen Bilder, Gedanken und Erinnerungen, die er da von sich gibt, alle mehr oder weniger klar mit dem Gesuchten verbunden.

Zusammengefasst: Er sucht etwas Bestimmtes, findet statt dessen aber im Umkreis viele andere Dinge, die, man möchte sagen, im weitesten Sinne symbolisch mit dem Gesuchten zusammenhängen. Es ist wie im Traum, im wahrsten Sinne des psychoanalytisch verstandenen Traums, wo Bilder nicht zufällig sind, sondern durch andere Gedanken, die sich im Hinter- oder Untergrund befinden, Sinn und Zusammenhang bekommen. Mit diesem Patiententyp ist es so, als ob sie symbolisch oder metaphorisch etwas ausdrücken wollen, und wir nur noch ganz einfache – und ich zögere