

## Pathologie der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses

- 6.1    Aufmerksamkeits-  
      und Konzentrationsstörungen    – 232
- 6.2    Amnesie und Dismnesie  
      (amnestisches Syndrom)    – 235
- 6.3    Erinnerungsverfälschung (Paramnesie)    – 243



## 6.1 Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen

## 6

Aufmerksamkeit (*althochdeutsch: merchen = kenntlich machen*) bedeutet die Fähigkeit zur **gezielten Ausrichtung** des Wachbewusstseins (Vigilanz), Wahrnehmens, Vorstellens und Verstehens unter besonderer Aktivierung von Vigilanz, Motivation, Intention und Volition auf bestimmte Objekte oder Situationen (Orientierungsreaktion). Sie ermöglicht gleichsam eine qualitative und quantitative Verdichtung des kognitiven Leistungsvermögens. Die Einstellung der inneren und äußeren Wahrnehmung auf subjektiv wichtige Vorgänge mit Anreizcharakter bedingt zudem einen erhöhten Einsatz engrammierter Gedächtnisinhalte; andererseits werden Lernvorgänge durch Mobilisierung engrammierender Leistungen erhöht (► auch Kap. 4). Die hierzu notwendige Wachheit wird durch das Aktivitätsniveau der *Formatio reticularis* im Hirnstamm und die Ausschüttung von Noradrenalin gesteuert (► auch Abschn. 3.1).

Die Aufmerksamkeitsaktivierung wird wesentlich bestimmt durch den bereits genannten Einfluss der Wachheit (**»alertness«**). Hierbei bezieht sich die tonische Alertness auf das basale Arousal-Niveau, die phasische auf die Anpassungsfähigkeit der Aufmerksamkeit in Erwartung eines Reizes.

Bewusst geleitete Aufmerksamkeit im Sinne einer gelenkten Fokussierung, die neue interessante Erlebnisinhalte und Erfahrungen erfasst, verbindet und verarbeitet, heißt **Apperzeption** (*lateinisch: percipere = wahrnehmen, begreifen*). Hierdurch werden besonders informative Bewusstseinsinhalte – unter Einsatz einer gesteigerten, fixierenden Aufmerksamkeitsfunktion – in den bisherigen Wissensstand integriert und eingegliedert. Diese selektive **aktive Aufmerksamkeit** setzt uneinträgliche und kontinuierliche Klarheit des bewussten Erlebens voraus, auch bei wiederholten oder einander abwechselnden Reizen; der aktuelle Aufmerksamkeitsumfang umfasst 4–8 simultane Eindrücke. Demgegenüber beinhaltet eine **geteilte Aufmerksamkeit** die Fähigkeit, zwei oder mehr Informationen gleichzeitig wahrzunehmen und zu bearbeiten.

Mit **erhöhter Aufmerksamkeit**, die etwa 1 Unterrichtsstunde lang beibehalten werden kann, geht meist gleichzeitig eine Einengung des

Bewusstseinsfeldes – unter Ausschaltung anderer Apperzeptionen – auf die ausgewählte Situation einher. Die damit verbundene geistige Anspannung zeigt sich auch äußerlich im Tonus der Muskulatur, der bis zur Verkrampftheit erhöht sein kann, und in einer sympathikotonen vegetativen Reaktionslage. Die **passive Aufmerksamkeit** wird geweckt durch das Gebannt- und Gelenktwerden von interessanten Ereignissen bis hin zur Faszination und Entrückung (► auch Abschn. 3.1).

Zur besonderen Fokussierung der Aufmerksamkeit auf innere oder äußere Vorgänge unter gleichzeitiger Ausblendung umgebender Reize ist **Konzentrationsvermögen** (*lateinisch: con=mit, griechisch: kentron=Mitte*) notwendig. Die selektive Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf einen eng umgrenzten, ausgewählten Sachverhalt erlaubt deren differenziertere Einstufung in Bezug auf Bedeutung, Wichtigkeit und evtl. Gefährlichkeit. Lenkung der Aufmerksamkeit und Konzentration auf einen subjektiv bedeutsamen Gegenstand entspringen einem Suchverhalten, das aus Gestimmtheit, Bedürfnis und Motivation gespeist wird; es entspricht dem **Appetenzverhalten** nach auslösenden Reizsituationen bei Tieren. Als beim Menschen komplexerer Vorgang beginnt die willentliche Aufmerksamkeitslenkung als exekutive, präfrontal gesteuerte Funktion bereits in der Sinnesperipherie und wird zentral gefiltert, bewertet und weiterverarbeitet (► auch Abschn. 3.1).

Im Sprachgebrauch der Psychoanalyse wird unter »**gleichschwebender Aufmerksamkeit**« eine Haltung des Therapeuten verstanden, die – möglichst unreflektiert – sich auf Einfälle und Äußerungen der Assoziation des Patienten richtet, ohne besondere Engrammierung oder schriftliche Fixierung einerseits sowie andererseits ohne bestimmte Reaktionen und Antworten von Seiten des Analytikers auf die geäußerten Statements.

**Herabgesetzte Aufmerksamkeit** und Mängel an Konzentrationsvermögen machen sich als dysexekutive Symptome allgemein in Zerstreuung, vermehrter Ablenkbarkeit, verminderte Ausdauer und kognitivem Gleiten bemerkbar; die Betroffenen sind nicht fähig, sich kontinuierlich über längere Zeit mit einer Sache zu beschäftigen. Sie wirken geistesabwesend, teilnahmslos oder gar zerfahren. Beim sog. **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)** liegen im Erwachsenenalter zusätzlich häufig affektive und Verhaltensstörungen vor (z. B. Reizoffenheit und Ablenkbarkeit, Ungeduld, Impulsivität, Insuffizienzgefühl

Beurteilen Sie bitte, inwieweit Ihre Tochter/Ihr Sohn zwischen dem Alter von 6 und 10 Jahren folgende Verhaltensweisen aufwies

		Gar nicht	Etwas	Deutlich	Sehr viel
1.	Unruhig – überaktiv				
2.	Erregbar – impulsiv				
3.	Störte andere Kinder				
4.	Fing etwas an und führte es nicht zu Ende, kurze Aufmerksamkeitsspanne				
5.	Zappelte dauernd				
6.	Leicht abgelenkt				
7.	Wünsche mussten sofort erfüllt werden, war leicht zu frustrieren				
8.	Weinte häufig				
9.	Stimmung wechselte rasch und extrem				
10.	Neigte zu Wutausbrüchen und unvorhersagbarem Verhalten				

■ **Abb. 6.1.** Beurteilungsbogen bei ADHS-Verdacht. (Nach M.-A. Edel u. W. Vollmoeller)

trotz Ideenreichtum und Kreativität, Stimmungsschwankungen und innere Unruhe (► auch Abschn. 4.4). Beurteilungskriterien für ADHS im Kindesalter zeigt ■ Abb. 6.1.

Zu einer **Einengung des Aufmerksamkeitsumfangs** kommt es bei besonderer Fixation auf intensive Erlebnisse oder starke Gemütsbewegungen sowie aufgrund mangelnder mentaler Flexibilität. **Schwankungen** von Konzentration und Aufmerksamkeit äußern sich als Fluktuationen der Interessen zwischen gesammelter Zuwendung und gedankenloser Oberflächlichkeit mit Sprunghaftigkeit. Bei intakter kognitiver Leistungsfähigkeit kann allerdings durchaus adäquat auf spezifische Reizgegebenheiten ohne wesentlichen Verlust an Informationen reagiert werden (► auch Lehrbücher der Neuropsychologie).

## 6.2 · Amnesie und Dysmnésie

## Untersuchungen

Diagnostisches Gespräch, Psychostatus, Verhaltensbeobachtung, psychologische Leistungstests (► Kap. 2).

## Vorkommen

- unter Ermüdung
- beim Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)
- bei Oligophrenie
- unter psychotropen Medikamenten, Drogen oder Alkohol
- bei seelischer Belastung bzw. Anpassungsstörung
- bei psychotischer Störung, insbesondere solcher mit Sinnestäuschungen, Wahn und formalen Denkstörungen
- als Merkmal einer Demenz
- als Neglect bei Hirnschädigung (► auch Abschn. 8.11)

## Zusammenfassung

Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen äußern sich als Minderung der Fähigkeit zur intensiveren und kontinuierlichen Ausrichtung von Bewusstsein, Wahrnehmung und Denkvorgängen auf einen (bedeutsamen) umschriebenen Erlebnisinhalt oder eine (subjektiv wichtige) bestimmte Situation.

## 6.2 Amnesie und Dysmnésie (amnestisches Syndrom)

Lernen, Gedächtnis und Erinnerung entsprechen einer **Aufnahme**, **Speicherung** und **Abgabe** von Informationen. Ohne die dadurch ermöglichten Leistungen des Einübens und Trainierens, Wiedererkennens und Vergleichens wäre eine Orientierung mit lebensnotwendiger Anpassung an die Umwelt nicht möglich. Eine besondere Rolle spielen dabei die Einstellung in Bezug auf das zu Behaltende, die emotionale Tönung des Einzuprägenden sowie dessen Gestalt und Organisation. Motivatio-

nale und/oder emotionale Faktoren können die Informationsaufnahme und -speicherung beeinflussen; so können beispielsweise die Gedächtnisleistungen durch begleitende Angst-, Unlust- oder Schmerzerlebnisse gehemmt oder umgekehrt durch Interessiertheit und Neugierde verbessert werden. Nicht vollendete Aufgaben werden offenbar besser behalten als abgeschlossene (Zeigarnik-Effekt); beim Erinnern von Aufgaben unter Stress soll es sich umgekehrt verhalten.

Die wahrgenommenen Reize und Reizkonfigurationen hinterlassen offenbar unterschiedlich stabile strukturelle Änderungen auf bioelektrischer und/oder biochemischer Grundlage im Gehirn. Diese hypothetischen **Engramme** (griechisch: *grammá* = Buchstabe, Geschriebenes) bilden die Grundlage für eine Reproduktion des Erinnerungsbildes zu einem späteren Zeitpunkt in Form von Wiedererkennung und Erinnern. Sie sind wahrscheinlich netzartig über verschiedene Hirnareale verteilt.

## 6

Platon (427–347 v. Chr.) verglich das Gedächtnis mit einer Wachstafel, in die Wahrnehmungen oder Gedanken wie mit einem Siegelring eingedrückt würden. Sein Schüler Aristoteles (384–322 v. Chr.), Begründer der Psychologie, maß die Präzision der Erinnerung an der Qualität des Bildes, das die Wahrnehmung in der Seele hinterlässt. Der afrikanische Kirchenlehrer A. Augustinus (354–430) sah im Gedächtnis ein »Heiligtum unvorstellbarer Größe und Weite«, voll unerschöpflichen Reichtums. Die Notwendigkeit des Gedächtnisses zur Herstellung der persönlichen Identität wurde besonders – im Rückgriff auf seinen empiristischen Vorläufer J. Locke (1632–1704) – vom englischen Philosophen D. Hume (1711–1776) betont.

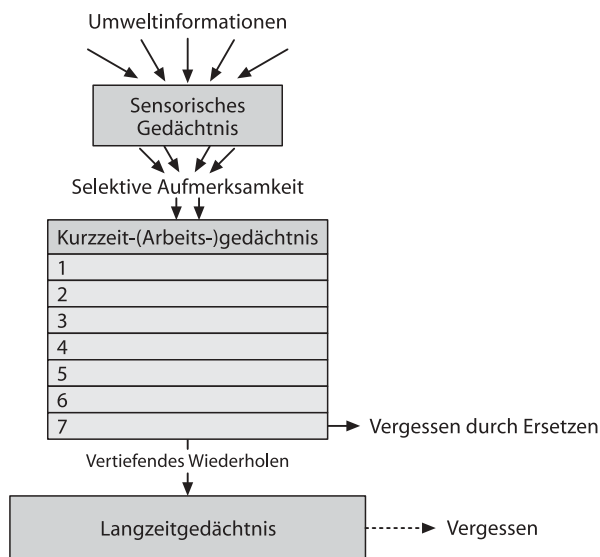
1879 begründete H. Ebbinghaus (1850–1909) in Halle mit Hilfe von Selbstversuchen die **experimentelle Gedächtnisforschung**. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts veröffentlichte D. E. Müller (1850–1934) in Göttingen die 3-teilige *Analyse der Gedächtnistätigkeit*. Das Modell der **Gedächtnispuren** (Engramme) als dauernde, strukturelle Veränderung im Gehirn (Neurogramm) wurde von den amerikanischen Physiologen K. S. Lashley (1890–1978) wieder aufgegriffen (1931). Inzwischen ist belegt, dass die Gedächtnisleistungen schwerpunktmäßig in verschiedenen Hirnanteilen organisiert werden. Während das Arbeitsgedächtnis im präfrontalen Kortex lokalisiert ist, beruhen die Leistungen des Langzeitgedächtnisses offenbar auf Aktivitäten unterschiedlicher Hirnareale; deklaratives (explizites) Gedächtnis: Hippocampus, präfrontaler Kortex und Schläfenlappen; nichtdeklaratives (implizites) Gedächtnis: Basalganglien und Kleinhirn). Auswahl für die Langzeitspeicherung und emotionale Bewertung von Gedächtnisinhalten sind geknüpft an die Filterfunktionen des Hippocampus und der Amygdala.

## 6.2 · Amnesie und Dysmnésie

Gestaltete Inhalte und affektive Eindringlichkeit des Erlebens begünstigen – wie oben angedeutet – das Behalten. Während »schöpferischer Pausen« wie z. B. im Schlaf werden die aufgenommenen Reize geordnet und mit benachbarten Engrammen verknüpft. Zu beobachten ist ferner, dass sich die Unlusttönung ehemals unangenehmer Erinnerungen im Laufe der Zeit abschwächt und neutralisiert (»Erinnerungsoptimismus«).

Das Gedächtnismodell einer dynamischen **Internalisierung** (*lateinisch: internus = inwendig*) und **Engrammierung** (*griechisch: gráphein = einritzen*) impliziert die zeitliche Abfolge einer Registrierung und Einspeicherung von Informationen zunächst über ein **sensorisches Register** mit einer Speicherkapazität von nur wenigen 100 ms. Die enkodierten Daten werden im **Arbeitsgedächtnis** zur Überführung in das **Langzeitgedächtnis** aufbereitet. Dieses dauerhafte Depot dient dem Lernen bzw. Behalten, dem Erinnern und Vergessen. Art und Umfang der Engrammierung richten sich nach den jeweiligen Aufgaben und Inhalten. So werden im **deklarativen Gedächtnis** sowohl erworbenes Wissen (semantisches Gedächtnis) als auch biographische Ereignisse (episodisches Gedächtnis) aufbewahrt. Das **prozedurale Gedächtnis** beinhaltet automatisierte sensorische und motorische Fertigkeiten (z. B. Radfahren, Treppensteigen). Prozedurale Gedächtnisinhalte werden durch impliziertes, semantische durch explizites Lernen erworben. Durch **Priming** (Bahnung) wird Erlerntes strukturiert (■ Abb. 6.2).

Die Vorstellung einer sequentiellen Speicherung von Sinneseindrücken wurde bereits 1890 von W. James (1842–1910) vertreten (primäres und sekundäres Gedächtnis). 1968 propagierten R.C. Atkinson, A.D. Baddeley und S.M. Shiffrin in Kalifornien das **Mehrspeichermodell** mit einem – dem Kurzzeit- und Langzeit-speicher vorgeschalteten – Ultrakurzzeitspeicher (sensorisches Gedächtnis). Gegenüber der instabilen Aktivitätsspur des Arbeitsgedächtnisses mit großer Störanfälligkeit vollzieht sich die anhaltende Speicherung im Langzeitgedächtnis über dauerhaftere strukturelle Veränderungen (**Konsolidierung**). Dabei spielt offenbar als chemische Trägersubstanz die Ribonukleinsäure (RNS) eine Rolle. Die Konsolidierung der Engramme wird durch wiederholte Benutzung in Form von Üben und Trainieren gefördert bzw. durch Vernachlässigung abgeschwächt. Die Beteiligung der Amygdala fördert die Stabilisierung gefühlsverknüpfter Engrammierungen.



■ **Abb. 6.2.** Drei-Speicher-Gedächtnismodell. (Nach Edelmann 1996)

Die komplexe Fähigkeit des Gedächtnisses (*althochdeutsch: kithheht-nissi = Denken an etwas*), Empfindungen, Denkinhalte, Erfahrungen und Handlungsentwürfe, über längere Zeit zu bewahren und – quasi auf Anforderung – wieder zu vergegenwärtigen, stellt den wohl wichtigsten Faktor der kognitiven Gesamtleistungen dar. Als mit allen psychischen Funktionen verbundene lebensnotwendige Grundeigenschaft des **Erinnerns** (*althochdeutsch: innaro = inwendig*) sichert sie – außer der Kontinuität des Ich-Bewusstseins – die Organisation aller geplanten Aktivitäten und deren implizite Begleitprozesse.

Die übungs- und bildungsabhängigen Gedächtnisleistungen, wozu u. a. allgemeines Wissen, Sprache, soziale Erfahrungen und Gewohnheiten gehören, entsprechen einem **kristallisierten** Funktionsbereich, der nur wenig einem Altersabbau unterliegt. Hingegen findet bereits ab dem 30. Lebensjahr eine Abnahme der **flüssigen** kognitiven Leistungen statt, die – überwiegend genetisch und konstitutionell bedingt – Informationsverarbeitung, Umstellvermögen und Reaktionstempo umfassen (▶ auch Kap. 7).

## 6.2 · Amnesie und Dysmnésie

Ungeklärt ist u.a., auf welche Weise die im Gehirn räumlich-topographisch organisierten Engrammierungen beim Vorgang des Erinnerns die sequentielle Erlebnisqualität einer **zeitlichen Abfolge** von Geschehnissen vermitteln können, d.h. das Gefühl, dass ein Vorgang früher oder später als ein anderer stattgefunden hat – unabhängig von der Eindringlichkeit und Genauigkeit des Erinnerungerten.

Die quantitative und qualitative Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses hängt ab von der Attraktivität und Gestalthaftigkeit des dargebotenen Informationsmaterials, von der Speicherkapazität des Gehirns, von Merkstrategien und Motivationsfaktoren, Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, Einstellung während der Informationsaufnahme, darüber hinaus von der körperlich-seelischen Gesamtverfassung überhaupt. Erlebnisse und Vorstellungen werden weitaus besser reproduziert als Empfindungen und Gefühlstönungen.

Mit der Zahl der Wiederholungen beim Lernen wächst die strukturelle Verfestigung der memorierten Informationen; einfachere körperliche Bewegungsabläufe oder Wahrnehmungsakte werden z.B. auf diese Weise **automatisiert**. Davon abgesehen gibt es individuell unterschiedliche Gedächtnisbegabungen (z.B. mit visuellen, auditiven, taktilen, psychomotorischen oder kinästhetischen Schwerpunkten) (Einzelheiten ► Lehrbücher der Neuropsychologie).

Das störanfälligste Glied der Gedächtniskette stellt das Erinnerungsvermögen dar. Es dient als Indikator und Messinstrument für die Qualität und Quantität des Wiedererkennens und Reproduzierens. Vergessen bedeutet global einen Zerfall von Gedächtnisspuren (Extinktion). Das Erinnern folgt einer zuerst stark, dann langsam abfallenden Kurve, das Vergessen umgekehrt einer entsprechend ansteigenden.

**Störungen des Gedächtnisses** zeigen sich – je nach Art und Ort der Schädigung – in einer globalen oder partiellen Beeinträchtigung der Aufnahme (Merken), Speicherung (Behalten) und/oder Wiedergabe (Ekphorieren) von Informationen. Entsprechende Defizite können sich äußern als:

- Lücken bezüglich der unbewussten Speicherung von Reizen in Sekundenbruchteilen (bei Störungen des **sensorischen Registers**)
- beeinträchtigte Fähigkeit, sich neue Eindrücke über wenige Minuten einzuprägen (Störungen der Merkfähigkeit bzw. des **Arbeitsgedächtnisses**)

- Herabsetzung des Vermögens, länger rückliegende Eindrücke zu reproduzieren (Störungen des **Langzeitgedächtnisses**)

Mängel oder Fehler bezüglich der Gedächtnisleistungen führen zu mehr oder weniger deutlichen Beeinträchtigungen in Form von Desorientiertheit und Verwirrtheit, bei stärkerer Ausprägung einhergehend mit Unruhe, Ängstlichkeit, Hilflosigkeit und/oder Aggressivität (► auch Abschn. 3.2 und 3.5).

#### Untersuchungen

Diagnostisches Gespräch, Psychostatus, psychologische Leistungstests, neuropsychologische Untersuchung, Fremdanamnese (► auch Kap. 2), Somatostatus.

6

Für den Bereich der klinischen Psychopathologie sind formal folgende Störungen des deklarativen (expliziten) Gedächtnisses zu unterscheiden:

### Gedächtnislücke (Amnesie)

Es liegt ein zeitlich begrenzter (retro- oder anterograder) Gedächtnis-ausfall vor (*griechisch: mnesis = Gedächtnis*). In der Assoziationskette des Erinnerns fehlen einzelne Glieder; bis zum Anfang der Lücke und im Anschluss daran ist das Erinnerungsbild weitgehend komplett (einfache oder transitorische amnestische Episode). Die Organisation der engrammierten Gedächtnisspuren ist gestört; die neurophysiologischen Gedächtnisspuren (Engramme) sind offensichtlich verzerrt, fragmentiert oder gar gelöscht. Gedächtnisdefizite für die Zeit vor der verursachenden Schädigung werden **retrograde**, solche danach **anterograde** Amnesien genannt.

#### Vorkommen

- im Anschluss an qualitative Bewusstseinsstörung (► Kap. 3)
- nach Hirnschädigung (z.B. im Rahmen von Kopfverletzungen)
- episodisch bei Hirndurchblutungsstörungen
- unter starkem Stress

Zu **Erinnerungsblockaden (Black-out)** kann es unter starker affektiver Erregung (z. B. Prüfungsangst) kommen, in ausgeprägterer Form infolge einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Dissoziation bzw. »Verdrängung«. Offenbar wirkt sich der Einfluss von Stresshormonen (Kortisol) auf Amygdala und Hippocampus als neuronale Bausteine des deklarativen Gedächtnisses funktionsstörend aus, denen wesentliche Bedeutung bei der Verknüpfung von Gedächtnisinhalten mit Gefühlstönungen zukommt. Eine **vorgetäuschte Gedächtnisschwäche** mit plump-demonstrativen Fehlleistungen wird zuweilen im Rahmen einer Zweckreaktion (z. B. bei Rentenbegehren oder zur Vorspiegelung einer verminderten strafrechtlichen Verantwortlichkeit) beobachtet (**Ganser-Syndrom**) (► auch Abschn. 8.3).

Sog. **Wortfindungsstörungen** bezeichnen das Unvermögen, für eine bestimmte Vorstellung oder einen Gedanken das treffende oder überhaupt ein Wort zu finden (und auszusprechen). Es handelt sich dabei um ein Symptom der kortikalen motorischen Aphasie (Lautstummheit), bei der Spontan- und Nachsprechen nicht möglich sind, oder um ein solches der transkortikalen motorischen Aphasie (Begriffstauheit), bei der die Spontansprache ausfällt (► auch Abschn. 8.10 und 8.11).

### Gedächtnisschwund (Hypomnesie) – Amnestisches Syndrom

Im Gegensatz zur umschriebenen Gedächtnislücke gleicht ein globaler allgemeiner Gedächtnisschwund (Gedächtnisschwäche) eher einem allmählichen Abschmelzen der Erinnerungsleistung, meist beginnend mit einem Nachlassen der Merkfähigkeit und der Neugedächtnisleistungen, während frühere Lebensereignisse zunächst noch problemlos reproduziert werden. Die Vergesslichkeit führt – vor allem während der Anfangsphase – zu erheblicher Verunsicherung, Angst und Niedergeschlagenheit. Werden die Gedächtnislücken zusätzlich durch Pseudoerinnerungen konfabulatorisch (*lateinisch: confabulari = schwatzen, plaudern*), d. h. mit sinnlos-phantastischen, erfundenen Bemerkungen aufgefüllt, spricht man vom **Korsakow-Syndrom** (► auch Abschn. 7.10).

S.S. Korsakow (1854–1900) war Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie in Moskau. Das nach ihm benannte amnestische Syndrom bei chronischem Alkoholismus beschrieb er im Jahr 1887.

## Vorkommen

- als akutes amnestisches Syndrom bei Hirnabbauprozessen bzw. Demenz (z. B. alkoholischer oder Alzheimer-Demenz; ► auch Abschn. 7.10)

## 6

### Steigerung der Erinnerungsfähigkeit (Hypermnésie)

Eine Hypermnésie mit (oft vermeintlich) überdurchschnittlichen Gedächtnisleistungen zeichnet sich durch einen rascheren Zugriff auf zahlreiche engrammiierte Details und viele Einzeldaten («Kalendergedächtnis») aus. Eine Korrelation zur Intelligenz besteht offenbar nicht; es gibt z. B. minderbegabte oder autistische Rechenakrobaten («Zahlenkünstler»). Förderlich sind sicherlich ein eidetisches (*griechisch: eidos = Bild*) Gedächtnis mit der besonderen Fähigkeit zu einer überdurchschnittlichen visuellen Engrammierung und die Strukturierung der Informationen nach einfachen Analogeschemata; die Gedächtnisinhalte können innerlich quasi »abgelesen« werden.

Davon abgesehen können sich – gegen den Willen der Betroffenen – lästige oder gar quälende Erinnerungsbilder zwanghaft repetitiv aufdrängen, vergleichbar dem Gedankenkreisen Depressiver (► auch Abschn. 7.1).

## Vorkommen

- in Verbindung mit besonderer Vigilanz und geschärfter Aufmerksamkeit (► Abschn. 6.1)
- in Hypnose und Traum
- nach Koffeinkonsum bzw. Stimulanzieneinnahme
- bei der Asperger- bzw. Savant-Variante des Autismus (► Abschn. 8.1)
- bei Zwangsstörung (► auch Abschn. 7.4)

### Zusammenfassung

Gedächtnisstörungen können sowohl Aufnahme und Speicherung als auch Wiedergabe von Informationen betreffen. Sie äußern sich entweder als umschriebene Gedächtnislücken oder als generalisierter Gedächtnisschwund (amnestisches Syndrom).

### 6.3 Erinnerungsverfälschung (Paramnesie)

---

Erinnerungsverfälschungen und -täuschungen zeigen sich – wie beispielsweise widersprüchliche Zeugenaussagen belegen – in Veränderungen der Gedächtnisinhalte bei der Reproduktion (**Truggerinnerungen**). Sie sind in Form von unbewussten Ergänzungen oder Vereinfachungen aufgrund einer Tendenz zu Strukturiertheit und Prägnanz von Wahrgenommenem alltäglich. Davon abgesehen gibt es Erlebnisse des **Déjà-vu** (*französisch: schon gesehen*), **Déjà-vecu** (*französisch: schon erlebt*), **Déjà-entendu** (*französisch: schon gehört*), **Déjà-pensé** (*französisch: schon gedacht*) und **Déjà-éprouvé** (*französisch: schon erfahren*). Ihnen allen gemeinsam ist das Erlebnis einer falschen Bekanntheitsqualität, d.h., die Wahrnehmung einer Situation oder Handlung ist mit der Überzeugung verbunden, sie schon einmal erlebt bzw. gesehen oder gehört zu haben. Diese Scheinbekanntheit kann sich auf einen Gegenstand, einen Ort oder eine Situation beziehen, aber auch auf die eigene Person als Illusion eines **Phantomspiegelbildes** (Héautoskopie; ► auch Abschn. 3.4).

Im Fall einer **Ekmnesie** besteht das Gefühl, in der Vergangenheit zu leben. Die Betroffenen empfinden verflossene Zeitabschnitte, als ob sie gegenwärtig seien. **Jamais-vu**-Erlebnisse vermitteln hingegen das Gefühl von Unbekanntheit und Fremdheit einer an sich vertrauten Umgebung (► auch Abschn. 3.5).

Gedächtnistäuschungen (Allomnesien) sind auch durch Implantation bzw. Mutmaßung »verdrängter« Traumaerlebnisse (z.B. sexueller Missbrauch, Gewalterfahrung) seitens überengagierter oder schlecht supervidierter »Therapeuten« möglich. Diese konstruierten »Pseudogerinnerungen« können psychotherapeutische Prozesse in Form von Selbstvorwürfen und konfliktreichen Auseinandersetzungen mit der Umwelt begleiten, wobei sie durchaus eine entlastende Funktion durch ein einfaches Erklärungsmodell der betreffenden Störung bekommen. Darüber hinaus sind Zuwendung und Mitleid zu erwarten, was möglicherweise puren Pseudologien (Lügen) Vorschub leisten mag (► auch Abschn. 7.5).

Der Terminus »Déjà vu« wurde von dem französischen Philosophen E. Boirac (1851–1917) erstmals 1876 verwendet; der amerikanische Psychiater M. F. Osborn (1857–1935) nannte die Trugerinnerungen 1884 »illusions of memory«.

Vorkommen

- im Erschöpfungszustand
- bei beginnender Psychose
- während der epileptischen Aura
- bei traumähnlichen Erlebnissen, in Trance oder in Hypnose
- als suggerierte Rekonstruktion
- unter Rauschdrogen
- im Delir

6

Zusammenfassung

Erinnerungsverfälschungen (Trugerinnerungen) rufen das Gefühl einer falschen Bekanntheit hervor (Déjà-Erlebnisse), umgekehrt Jamais-Erlebnisse einen Eindruck von Unvertrautheit. Vermeintliche Traumalernisse sind bisweilen Gegenstand therapeutischer Bemühungen.