

## Gedächtnisstörungen (Christin Figl)

Gedächtnisstörungen können vielfältige Ursachen haben und beeinträchtigen Betroffene in ihrem Erleben und Verhalten teilweise so immens, dass sie sich im Alltag nicht mehr alleine zurechtfinden.

Üblicherweise werden unter Gedächtnisstörungen primär Einschränkungen im deklarativen Gedächtnis (Fakten, Ereignisse) und weniger im impliziten Gedächtnis (z.B. Fähigkeiten wie Radfahren) zusammengefasst. Symptome werden oft mit retro- und anterograd näher beschrieben: Eine Amnesie wird als retrograd bezeichnet, wenn sich auf vergangene Ereignisse bezieht. Anterograde Amnesien dagegen führen dazu, dass neue Informationen nicht mehr langfristig gemerkt werden können.

Eine Klassifikation von Gedächtnisstörungen nach Klimesch (2005) ermöglicht die grobe Unterscheidung von zwei Arten von Vergessen und Gedächtnisstörung (siehe Abbildung): Typ A, bei denen gespeicherte Inhalte vergessen wurden und Typ B, bei denen Informationen nicht gefunden und bewusst abgerufen werden können.

## Klassifikation von Gedächtnisstörungen (vgl. Klimesch, 2005)

Leistungskomponenten			
	Einspeichern	Suchen	Vernetzen
Art der Leistung	Genauigkeit der Abspeicherung in KZG und LZG	Effizienz von Suchprozessen in KZG und LZG	Vernetzung und Assoziation zwischen Codes im LZG
Testmethoden	Wiedererkennungstests	Freie Reproduktionstests	(Paar-) Assoziationstests
Vergessen	Verlust von Infos durch <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zerfall</li> <li>- Kapazitätsüberschreitung</li> <li>- mangelnde Aufmerksamkeit</li> </ul>	Suchfehler Verursacht durch Hemmungsprozesse, z.B. Pro- und Retroaktive Hemmung	Dissoziation Bsp: „ <a href="#">Tip of the Tongue</a> “ Phänomen
Störungen	<b>Typ A</b>	<b>Typ B</b>	
	Degenerative Amnesien sowie unfall- oder <u>cerebro</u> -vaskulär bedingte Amnesien	Dissoziative Amnesien durch z.B. emotions-, schock- oder drogenbedingte Hemmungsvorgänge	

Das Vergessen von Inhalten des Typs A wird beispielsweise bei Amnesien, die im Rahmen von Demenz oder von chronischer Intoxikation wie dem Korsakow Syndrom deutlich. In diesen beiden Fällen ist im Verlauf der Störung durch den Verlust von Nervenzellen das Einspeichern und Merken neuer Informationen nicht mehr möglich.

Anders verhält es sich bei Störungen von B, bei denen Inhalte zumindest zeitweise nicht aufzufinden sind. Im Alltag ist dieses Phänomen zu beobachten, wenn einem ein Name auf der Zunge liegt und erst zu spät wieder einfällt. Amnesien des Typs B weisen heterogene Symptome auf und treten häufig in Kombination mit psychiatrischen Störungen auf. Nach traumatischen Situationen können Erinnerungen an das Ereignis nicht oder nur teilweise aufgefunden werden. Bei multiplen Persönlichkeitsstörungen berichten Betroffene von Einkäufen oder Tagebucheinträgen, an die sie keinerlei Erinnerungen haben.

Das alltägliche Vergessen von einer Gedächtnisstörung abzugrenzen ist Aufgabe der Diagnostik. Statt klare Grenzen zu ziehen, wird von einem Kontinuum zwischen gesundem und pathologischem Verhalten ausgegangen. Mithilfe der großen internationalen Klassifikationssysteme ICD und DSM und deren Kriterien zur Beschreibung und Interpretation von Störungen kann eine krankheitswertige Störung und deren Intensität ausgemacht werden.

Leistungsunterschiede können mit Gedächtnistests erfasst werden, die klassischen Verfahren lassen sind folgenden drei Bedingungen zuzuordnen:

Wiedererkennungstests – Genauigkeit der Speicherung

Reproduktionstests – Effizienz von Suchprozessen

Assoziationstests – Vernetzung zwischen Gedächtnisinhalten

Nach einer Testung werden Testergebnisse errechnet und können mithilfe von Normwerten verglichen und als unter- oder überdurchschnittlich eingestuft werden. Zum Vergleich werden meist gleichaltrige gesunde Menschen herangezogen, möglichst mit einer ähnlichen Ausbildung um etwaige Effekte durch Alter, Geschlecht oder Bildung ausschließen zu können. Trotz hoher Bedeutsamkeit liegen nicht für alle Testverfahren ausreichende Normierungen vor, was insbesondere bei Testungen von älteren Personen zu mangelnder Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse führt.

Der diagnostische Prozess bringt große Herausforderungen mit sich. Testergebnisse können je nach Tageszeit, Motivation und gesundheitlicher Verfassung stark variieren. Darüber hinaus können ein zu hoher Schwierigkeitsgrad Überforderung, zu leichte Aufgaben Reaktanz hervorrufen und die weitere Testung beeinflussen. Verschiedene Abruflbedingungen sollten ebenso Berücksichtigung finden wie unterschiedliche Merkspannen. Eine Testung kann mit starken Emotionen verbunden sein, wie Angst, Scham oder Ärger, die wiederum Einfluss auf die Leistungserwartung und die Ergebnisse haben und im Gespräch Raum finden sollten.

Exemplarisch für Störungen des Typs A und B wurden im Vortrag Alzheimer Demenz und Trauma näher aufgegriffen. Der größte Risikofaktor für Demenz ist hohes Alter, was die Zahl der Neuerkrankungen in Zukunft voraussichtlich vervielfachen wird. Am Beispiel von Arno Geigers Roman „der alte König in seinem Exil“ werden die Auswirkungen des graduellen Verlusts der Nervenzellen deutlich:

*„Ich stelle mir Demenz in der mittleren Phase, in der sich mein Vater momentan befindet, ungefähr so vor: Als wäre man aus dem Schlaf gerissen, man weiß nicht wo man ist, die Dinge kreisen um einen her, Länder, Jahre, Menschen. Man versucht sich zu orientieren, aber es gelingt einem nicht.“* (Arno Geiger, Der alte König in seinem Exil, S. 8f.)

Modelle eines veränderten Traumagedächtnisses (Clarks & Ehlers, 2000) gehen von der Annahme aus, dass stark emotionale Erfahrungen die Reizverarbeitung überfordern und Dissoziation, die Abspaltung von Teilen des Erlebten, ein Schutzmechanismus ist. Sarah Kane fasst den Spannungszustand zwischen ungewolltem Erinnern von Fragmenten und der Unfähigkeit sich an wesentliche Aspekte der Belastung zu erinnern in ihrem Theaterstück Gier wie folgt zusammen:

*„Und obwohl sie sich nicht erinnern kann, kann sie nicht vergessen.“* (Sarah Kane, Gier, S. 168)

Quellen:

Bartsch, T., & Falkai, P. (Hrsg.). (2014). *Gedächtnisstörungen: Diagnostik und Rehabilitation*. Springer.

Hodges, J. R. (2007). *Cognitive Assessment for Clinicians* (2. Auflage). Oxford University Press, USA.

Ivemeyer, D., & Zerfaß, R. (2005). *Demenztests in der Praxis: Ein Wegweiser* (2. Auflage). Urban & Fischer Verlag.

Klimesch, W. (2011). Gedächtnisstörungen. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 631-649). Bern: Hans Huber.

Kubinger, K.D. (2009). *Psychologische Diagnostik – Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2., überarb. u. erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.