

Susanne Wopfner-Oberleit:

Bewusste Erfahrung

Dieser Artikel ist eine Niederschrift des Vortrages, welche ich beim letzten Symposium am 25. Juni 2005 in Würzburg gehalten habe. Ziel dieses Artikels soll es sein, näher die bewusste Erfahrung an sich zu beleuchten und die Anwendung der verbalen Beschreibung der bewussten Erfahrung bei der Befundaufnahme zu erklären und mit praktischen Beispielen verständlicher zu machen. Die Anwendung der bewussten Erfahrung bei der Übung soll Thema eines der nächsten Rundbriefe sein.

Um sich dem Thema "Bewusstsein" etwas zu nähern, ist es sinnvoll die Arbeiten David J. Chalmers und Francisco Varelas zu studieren, die versucht folgende Fragen zu klären: Was bedeutet "bewusste Erfahrung"? und welche Bedeutung hat die "bewusste Erfahrung" ?

In seinem Artikel "Facing up the problem of consciousness" (1995) erklärt Chalmers gleich zu Beginn: „There is nothing that we know more intimately than CONSCIOUS EXPERIENCE, but there is nothing that is harder to explain.“ Das war und ist auch heute noch der Grund, weshalb viele Wissenschaftler nicht einmal den Versuch unternehmen, dieses schwierige Thema zu erforschen. Lange Zeit galt in der Wissenschaft, das was nicht messbar, nicht sichtbar und nicht kontrollierbar war, als nicht der Wissenschaft würdig. Bei der bewussten Erfahrung kommt noch erschwerend hinzu, dass es eine stark subjektive Fähigkeit ist und demnach für die Wissenschaft äußerst suspekt. Umso mehr muss man die Initiative von Chalmers würdigen, durch dessen Arbeiten viele Erkenntnisse gewonnen wurden, die gerade uns Therapeuten bei der

Arbeit mit dem Patienten eine große Hilfe darstellen.

Chalmers verheimlicht auch nicht, dass die Erforschung der bewussten Erfahrung nicht ganz einfach werden wird. Er sagt: „Es gibt nicht nur ein Problem bezüglich des Bewusstseins. „Bewusstsein“ ist ein unklarer Ausdruck und bezieht sich auf viele verschiedene Phänomene.“ Weiter meint er: „Jedes dieser Phänomene muss erklärt werden, wobei einige leichter zu erklären sind als andere.“ Er spricht von "hard problems" und "easy problems" und alle weiteren Autoren, die sich mit diesem Thema beschäftigten, greifen seinen Ausdruck des "hard and easy problems" wieder auf, womit es fast zu einem geflügelten Wort geworden ist.

„Die einfachen Probleme bezüglich des Bewusstseins scheinen direkt zugänglich zu den Standardmethoden der kognitiven Wissenschaft, wobei ein Phänomen in Form von computerbezogenen (computational) oder neuronalen Mechanismen erklärt wird.“

Folgende Fähigkeiten zählt Chalmers zum "einfachen Problem":

- Die Fähigkeit des Unterscheidens, Kategorisierens und die Fähigkeit auf Umweltreize zu reagieren
- Die Integration von Informationen durch ein kognitives System
- Die Fähigkeit mentale Zustände schildern zu können (reportability)
- Die gerichtete Aufmerksamkeit
- Die bewusste Kontrolle des Verhaltens
- Der Unterschied zwischen Wachheit und Schlaf

Der aufmerksame Leser mag jetzt erstaunt sein, dass Chalmers diese Fähigkeit zu den einfachen Problemen zählt. Tatsächlich ist auch ihm bewusst, dass die Erforschung allein dieser Fähigkeiten doch nicht so "easy" ist. „Obwohl wir derzeit nicht annähernd eine komplette Erklärung dieser Phänomene haben, haben wir doch eine klare Vorstellung wie wir möglicherweise vorgehen könnten, um diese zu erklären. Natürlich "einfach" ist ein relativer Ausdruck. Um die Details zu erkunden, werden wahrscheinlich ein oder zwei Jahrhunderte empirische Arbeit notwendig sein.“

Doch weiter im Text erklärt er: „Das wirklich schwierige Problem bezüglich des Bewusstseins ist das Prob-

lem der *Erfahrung* (experience). Wenn wir denken und wahrnehmen, gibt es ein Schwingen (whir) an Informationsverarbeitung, aber da gibt es auch einen subjektiven Aspekt. Dieser subjektive Aspekt ist *Erfahrung*.“ „Wenn wir z.B. sehen, so erfahren wir visuelle Sensationen: die gefühlte Qualität von Rot, die Erfahrung von Hell und Dunkel, die Qualität der Tiefe in einem visuellen Feld.“

„Andere Erfahrungen gehen einher mit der Wahrnehmung in unterschiedlichen Modalitäten: der Klang einer Klarinette, der Geruch von Mottenkugeln, ... die gefühlte Qualität von Emotion und die Erfahrung eines bewussten Gedankenstromes.“

Mit diesen Beispielen will Chalmers erläutern, dass gerade die Subjektivität das Problem darstellt. Ein und dieselbe Situation mit wissenschaftlich messbaren Parametern wird dennoch von jeder Person anders empfunden. Man denke nur an Zeugenaussagen. Jeder Zeuge hat ein anderes Detail wahrgenommen oder wenn auch dasselbe Detail geschildert wird, so wird es dennoch ganz anders erklärt, denn jedes Individuum gibt dem einzelnen Geschehen eine andere Wertigkeit, erlebt es mit unterschiedlichen Emotionen und verbindet es mit unterschiedlichen Gedächtniselementen.

Um überhaupt beginnen zu können, diese Fähigkeit der bewussten Erfahrung zu erforschen, schlägt Chalmers folgendes vor: „Ein nützlicher Weg um Verwirrung zu vermeiden besteht darin, den Ausdruck „consciousness“ für die *Erfahrung* zu reservieren und den weniger beladenen Ausdruck „awarness“ für die einfacheren Phänomene, die vorher beschrieben wurden.“

„Das schwierige Problem ist schwierig, weil es nicht ein Problem bezüglich der Ausführung von Funktionen ist. Das Problem besteht selbst dann, wenn die Durchführung aller relevanter Funktionen erklärt ist.“ Und weiter schreibt er „...consciousness ist nicht ein Problem hinsichtlich der physikalischen Strukturen und Funktionen.“ Das Problem liegt also nicht in der Erforschung der Funktionen, sondern in der Erforschung von dem, was die Funktion begleitet. Dieses Erleben ist selbst bei ein und derselben Person bei derselben Handlung immer wieder neu und anders. „Wieso ist die

Durchführung dieser Funktionen von Erfahrung (experience) begleitet?" fragt sich Chalmers selbst. „Da gibt es eine Erklärungslücke zwischen den Funktionen und der Erfahrung, und wir brauchen eine Erklärungsbrücke, um sie zu überwinden.“

Im Text weiter versucht nun Chalmers eine Erklärungsbrücke zu finden: „Erfahrung ist der zentralste und augenscheinlichste Aspekt unseres mentalen Lebens und ist vielleicht der Erklärungsschlüssel (key explanandum) in der Geisteswissenschaft.“

„Die Wahrheit bezüglich Erfahrung kann nicht die automatische Konsequenz irgendeiner physikalischen Rechnung sein, so wie es konzeptuell kohärent ist, dass jeder gegebene Prozess ohne Erfahrung bestehen könnte. Erfahrung mag aus dem Physikalischen entstehen, aber sie ist nicht eine logische Folge des Physikalischen.“ „Wir müssen nur weitere Prinzipien – Brücken (bridging principles) hinzufügen, um zu erklären wie Erfahrung aus physikalischen Prozessen hervorgeht (arise).“

„Wo auch immer bewusste Erfahrung ist, da gibt es auch eine entsprechende Information im kognitiven System, welches verfügbar ist für die Kontrolle des Verhaltens und verfügbar für verbale Berichterstattung.“ Damit spricht Chalmers eine erste Möglichkeit an, die Erfahrung zu erforschen, nämlich die verbale Beschreibung der bewussten Erfahrung, die nach heutigen wissenschaftlichen Möglichkeiten die einzige Vorgangsweise zu sein scheint, um dieses absolut subjektiv Element erfahrbar zu machen.

Doch wie soll man nun laut Chalmers genau vorgehen? „Das Basisprinzip, das ich vorschlage betrifft die Vorstellung von INFORMATION. ... dass Information (oder zumindest einige Informationen) zwei Aspekte haben, einen physikalischen Aspekt und einen phänomenologischen Aspekt.“ „Das führt zu einer Konzeption der Welt, in welcher die Information wahrlich das grundlegende Element ist und in welcher die Information zwei Aspekte hat, entsprechend den physikalischen und phänomenologischen Eigenschaften der Welt.“ Er meint damit, dass unser System viele Informationen aufnimmt und verarbeitet und dass einige Informationen auch zur Erfahrung werden d.h. ein emotionales Erleben

darstellen. Genau dieses emotionale Erleben ist nur durch die verbale Beschreibung für die "Außenwelt" zugänglich.

Der zweite wichtige Autor, der das "schwierige Problem" aufgreift und tiefer gehend erforscht ist Francisco J. Varela (1997). In dem Artikel „Una soluzione metodologica al „problema difficile“ – Neurofenomenologia (Eine methodologische Lösung des "schwierigen Problems" - Neurophänomenologie) erklärt er, dass für die Weiterentwicklung der Erforschung des Bewusstseins neue, pragmatische Instrumente notwendig sind. Erstmals spricht Varela von Neurophänomenologie und gründet damit vielleicht einen neuen Wissenschaftszweig. Phänomenologie ist die philosophische Bewegung des 20. Jahrhunderts, welche die Strukturen von Erfahrungen zu beschreiben versucht, wie sie sich selbst dem Bewusstsein darstellt. Begründer der Phänomenologie ist der deutsche Philosoph Edmund Husserl (1913: „Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie“) Husserl untersuchte verschiedene Aspekte des menschlichen Geistes, darunter die Erinnerung, das Wünschen und die Wahrnehmung. Dabei entdeckte er, dass diese Tätigkeiten jeweils abstrakte Inhalte entsprechen, die Husserl Bedeutungen nannte. Diese ermöglichen seines Erachtens, eine Handlung unter einem ganz bestimmten Gesichtspunkt zu stellen. Er nannte dies Intentionalität, die er für den Schlüssel zur Bewusstseinsstruktur hielt.

Varela erklärt nun weiter in seinem Artikel, wie das Phänomenologische der Erfahrung erforscht werden kann: „Erfahrung ist klarerweise ein persönliches Ereignis, aber das bedeutet nicht, dass es privat wäre, wie eine isolierte Person, die in eine vorbestimmte Welt hinein geschmissen wird.....meine Erfahrung ist unentwirrbar mit jenen der anderen und der phänomenischen Welt in einem emphatischen Haufen verbunden.“ Er spricht also wieder an, dass selbst so subjektives wie die Erfahrung verbal beschrieben werden kann und somit für die "Außenwelt" verständlich wird: „Einer der prinzipiellen Merkmale der phänomenologischen Einstellung besteht darin, zu versuchen nicht mehr

das Subjektive dem Objektiven gegenüberzustellen, sondern ihre Dichotomie (Zweiteilung) aufzugeben zugunsten ihrer grundlegenden Wechselbeziehung.“ Er ist somit einer der ersten Wissenschaftler, der dafür eintritt, das Objektive und das Subjektive als gleichwertige Elemente der Wissenschaft zu sehen, womit auch unsere Arbeit immer größere Bedeutung für die Wissenschaft haben könnte. Demnach sei das Ziel der Neurophänomenologie: „der Zusammenschluss (codeterminazione) der Analyse der menschlichen Erfahrung in erster Person und mit einer externen Analyse – diese Codeterminanz beschreibt die phänomenologische Position in fruchtbaren Dialog mit der kognitiven Wissenschaft.“ Damit hebt er wieder die Bedeutung der Analyse in erster Person hervor. Weiters schreibt er: "Die Phänomenologie kann auch als eine Art der Reflexion beschrieben werden oder als eine Art des Denkens über unsere Fähigkeit, bewusst zu sein, bewusst zu agieren (essere consapevole).“ Durch diese Aussage von Varela wird deutlich, dass die Phänomenologie, also das bewusst machen von Erlebten zu einem bedeutenden Element der Übung wird. Wenn der Patient z.B. gelernt hat die abnorme Reaktion auf Dehnung bewusst zu erspüren und er sich bewusst ist, wie er darauf reagieren soll, also welche Strategie er anwenden soll, so wird diese Pathologie bald kein Problem mehr darstellen. Nur das was mir bewusst ist, kann ich auch verändern. Insofern ist Bewusstsein DER Schritt für den erfolgreichen Lernprozess.

Varela tritt nun weiter in seinem Artikel vehement für die Nutzung der bewussten Erfahrung ein: „Der Kernpunkt der Hypothese, die ich vorschlage, lautet eine präzise Richtung bezüglich der Vorgangsweise bei der Forschung der kognitiven Wissenschaft einzuschlagen, sodass die Physiologie des Gehirns und die mentale Erfahrung dieselbe Bedeutung bekommen.“ „Die Neuheit meines Vorschlags liegt darin, dass die genauen Analysen in erster Person ein integratives Element für die Bestätigung einer neurobiologischen Hypothese sein müsste.“ „...beide Analysen (in erster und dritter Person) bilden ein wechselseitiges Band – einer für den anderen.“

„Mein Vorschlag schließt mit ein, dass jeder gute Student der kogniti-

ven Wissenschaft, der sich auch für die Problemen der mentalen Erfahrung interessiert, auf alle Fälle eine höhere Fertigkeit bei der phänomenologischen Erforschung erlangen muss, um seriös mit den Analysen in erster Person arbeiten zu können.“ An dieser Stelle sollten wir uns direkt angesprochen fühlen. Ich würde sagen, alle Therapeuten, die nach den Kognitiv-Therapeutischen Übungen arbeiten, sind oder sollten Studenten der kognitiven Wissenschaft sein und sollten sich demnach auch für die bewusst Erfahrung interessieren. Es liegt natürlich in dem Geschick eines jeden einzelnen, seriös die Beschreibungen der Patienten zu interpretieren und für die Planung der Behandlung einzusetzen. Doch ich finde der Artikel von Varela macht Mut und Lust, dieses schwierige Unterfangen zu beginnen.

Zuvor sollten jedoch noch zwei weitere Begriffe erklärt werden: Erfahrung und Metakognition: Der Prozess der Erfahrung kann sich, als äußere Erfahrung, d.h. als Erfassen der Außenwelt, sowohl auf die externe Realität, als auch in Form der inneren Erfahrung, auf das eigene Erleben, d.h. auf die immanente Vorgänge des Bewusstseins beziehen.

Erfahrung ist der zentrale Begriff der Erkenntnistheorie.

Die Metakognition bezeichnet die Auseinandersetzung mit den eigenen kognitiven Prozessen (alle Prozesse die für den Erkenntnisprozess notwendig sind), also das Wissen über das Wissen oder in anderen Worten das Bewusstwerden von sonst unbewussten Elementen.

Die Frage ist nun, wie kam es, dass wir uns verstärkt für das Bewusstsein interessiert haben. Bei der Entwicklung der Kognitiv-Therapeutischen Übungen kann man bisher drei Entwicklungsphasen erkennen: Bei der ersten Entwicklungsphase lag das Hauptaugenmerk auf der Analyse der spezifischen Motorik. Man hat sich also - von außen - angeschaut, inwieweit sich die Bewegung durch abnormale Reaktion auf Dehnung, durch abnormale Irradiation, Rekrutierungsdefizit und elementare Schemata verändert hat. Mit der Erforschung der Apraxie wurde klar, dass man für jeden Patienten ein Profil erstellen müsste, denn die Bewegung des Patienten

hat sich nicht nur durch die spezifische Motorik verändert. Die Art und Weise wie ein Patient sich bewegt, ist auch Ausdruck dafür, wie gut seine Körperwahrnehmung funktioniert, wie er die Fähigkeit der Aufmerksamkeit aktivieren kann, wie seine Vorstellungsgabe ist, insbesondere die Vorstellungskraft für Bewegung, wie ein Lernprozess initiiert werden kann und schließlich wie die Sprache benutzt werden kann. All diese primär nicht sichtbaren Elemente wurden vorerst nur von außen also durch deren Ergebnisse beurteilt. Man hat sich jedoch mit der Zeit gefragt, dass man z.B. die taktile-kinästhetische Wahrnehmung sehr gut von "außen" beurteilen kann, aber wir haben dadurch noch überhaupt keinen Einblick darüber, WIE der Patient zum Ergebnis kommt und vor allem wird es überhaupt nicht klar, wie der Patient nun nach dem Geschehen (Schlaganfall etc) seinen Körper empfindet. Wie ist das Körperbewusstsein nach einem Schlaganfall? Welche Empfindungen hat der Patient, welche Emotionen tauchen auf. Man hat z.B. von "außen" sehr gut analysiert, wie der Patient seine Aufmerksamkeit einsetzt. Aber haben wir dadurch schon erfahren, was er wirklich denkt, wie er vorgeht, wohin er seine Aufmerksamkeit wirklich lenkt? Es wurde also immer klarer, dass die introspektive Sicht bisher bei der Analyse und bei den Übungen gefehlt hat. Die Erforschung der mentalen Strategie wurde also zur neuen Aufgabe. Leider kann man nur durch die verbale Beschreibung des Patienten selbst erfahren, wie er persönlich die Außenwelt wie die Innenwelt sprich Körper erlebt, welche Überlegungen es anstellt, welche Strategien er benutzt, welche Emotionen er hat und welche Denkprozesse er aktiviert. Das Ziel der verbalen Beschreibung ist es eine introspektive Sicht zu bekommen und zwar darüber was der Patient denkt und was er fühlt. Dieser Prozess beginnt schon bei der Befundaufnahme. Man schaut sich also nicht nur an, wie stark die Elemente der spezifischen Motorik ausgeprägt sind (Analyse in dritter Person) sondern man erfragt vom Patienten, wie er diese Veränderung wahnimmt. Die folgenden Fragen sind nur mögliche Fragen aus vielen und sollen den Einstieg in das Bewusste und teilweise Unbewusste erleichtern.

1) Abnorme Reaktion auf Dehnung:

mögliche Fragen

- Was spüren Sie?
- Wie fühlt sich das an?
- Vergleich zu anderen Seite?
- Gibt es einen Unterschied, ob man bewegt oder nicht?
- Wann ändert es sich?
- Können Sie es verändern?
- Was müsste passieren, damit es verschwindet?

Was möchte der Therapeut mit Hilfe dieser Fragen herausfinden?

- Ist er sich seiner Pathologie bewusst?
- Spürt er die ARD immer, bei Bewegung oder nur wenn man ihn darauf aufmerksam macht?
- Kann er genau den Ort der Pathologie zeigen?
- Nimmt er Unterschiede in der Intensität wahr?
- Nimmt er Unterschiede in der Intensität wahr?
- Welche Worte verwendet er?
- Ist sich der Patient bewusst, dass nur er selber die ARD kontrollieren kann und muss?

Einige Patientenbeispiele zeigen, wie perfekt manche Patienten Pathologien erspüren und auch korrekt damit umgehen - wenn man sie nur danach fragt:

- „Ich muss mit den Gedanken hineingehen, dann lassen sie nach. Ich muss zuerst denken den Daumen loslassen und dann erst kann ich ihn aktiv strecken.“
- Ich könnte den Ellbogen auch mit Kraft strecken aber dann ziehen sich die Finger zusammen.“
- „Das fühlt sich an wie Gummibänder – wie Seile die zu kurz sind – da zieht sich was zusammen – verkrampt sich.“

2) abnorme Irradiation

Die Fragen bei der Irradiation wie auch bei den anderen pathologischen Elementen sind oft ähnlich, beziehen sich aber auf etwas anderes. Aus Platzgründen wurden die Fragen für die einzelnen Pathologien gestrichen, da sie wie schon gesagt sehr ähnlich sind.

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Spürt er die IRR – spontan oder nur bei gerichteter Aufmerksamkeit

- Ist er sich bewusst, dass die IRR nicht immer gleich stark ist – auch darüber welche Faktoren die IRR verstärken können?
- Hat er schon Strategien gefunden (selbst oder geleitet) wie er auf diese Pathologie einwirken kann?
- Wie sehr ist er von seiner Kontrollfähigkeit überzeugt?

Patientenbeispiele:

- Wie geht es Ihnen, was macht der Arm? „Der linke Arm ist nach wie vor ein bisschen unförmig, er ist viel schwerer, unbeweglicher.“ Unbeweglicher von den Gelenken? „Nein von den Gelenken her geht alles in Ordnung. Aber die Muskeln, die sind einfach eingeschlafen, schwerfällig, unförmig. Der Arm wirkt vom Gewicht her viel schwerer und dann glaubt man, man muss mit voller Kraft heben – und durch die viele Kraft verkrampft dann alles.“

3) elementare Schemata:Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Spürt der Patient die Pathologie?
- Oder erzählt er nur nach, was er von Therapeuten gehört hat?
- Nimmt er wahr, was anders ist?
- Hat er die Erfahrung gemacht, dass er selber die Bewegung verändern kann?
- Welche Strategie hat er für sich entdeckt, um die Bewegung zu verändern?
- Wie geht er vor, um die Bewegung zu ändern?

Patientenbeispiel

- Wie fühlt sich die nicht betroffene Schulter an? „Ich spür, dass sie da ist, wie wenn ein warmes Netz darüber gelegt wäre. Wo? „Überall am ganzen Arm – ein engmaschiges Fischernetz – es ist warm – hat kein Gewicht – der Arm hat schon ein bisschen Gewicht, aber nicht soviel, dass der Arm gestützt werden müsste.“ Und der betroffene Arm? „Ich spüre das Schulterblatt und das Schultergelenk – wie wenn sie zusammengewachsen wären – links spüre ich das Schulterblatt auch – aber nicht so stark.“ „Die Muskeln drücken etwas mehr, sie sind schwerer, müder – wie

wenn ein nasses Tuch auf den Oberarm liegt – das ist auch schwer und zieht nach unten.“

4) Rekrutierungsdefizit:Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Ist für den Patienten das quantitative Rekrutierungsdefizit das einzige spürbare Defizit?
- Welche Strategie verwendet er, um es zu überwinden?
- Nimmt er auch qualitative Veränderungen wahr?
- Hat er die Erfahrung gemacht, dass er einen Einfluss auf die qualitative Veränderungen hat?
- Welche Strategie setzt er ein?
- Immer - von sich aus - oder nur nach Aufforderung?

Patientenbeispiel

„Rechts ist natürlich alles so einfach, aber wenn ich mir die Bewegung auf der linken Seite auch nur vorstelle, dann fängt es an zu zucken - die Muskeln - es reißt und zieht - der eine links, der andere rechts.“
 ... „Furchtbar ist das! Und auch wenn ich den Arm aktiv bewegen will, beginnt bei der aller ersten Bewegung dieses Zerren und Zucken.“ Wie ist diese Übung (Tabellone, Imagination) für Sie? „Das ist immer so: Das erst mal vorstellen, das zweite mal vielleicht auch noch, da ist es am Schlimmsten (das Zerren und Zucken). Wenn man es öfters macht, dann beruhigt sich das.“ Was heißt beruhigen? „Dass es nicht mehr so fest zuckt. Je öfter man es macht, umso ruhiger wird es.“

Auch das Profil wird nun nicht mehr nur von außen erstellt sondern diese Analyse sollte möglichst von einer introspektiven Sicht ergänzt werden.

5) Wahrnehmung:Mögliche Fragen:

- Wie fühlt sich die Seite an?
- Im Vergleich zu anderen Seite?
- Was genau ist anders?
- Wie war das Gefühl direkt nach dem Geschehen?
- Ist das Gefühl bei Bewegung und bei Ruhe anders?
- Verändert sich das Gefühl bei bestimmten Situationen?
- Ist es gefühlsmäßig Ihr Arm / Bein?

- Wie ist das Für Sie das veränderte Gefühl? Belastet es Sie?

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Nimmt er seine betroffene Seite überhaupt wahr – nur bei gerichteter Aufmerksamkeit oder auch spontan?
- Wie nimmt er sie wahr?
- Stellt er eine Relation zur nicht betroffenen Seite her?
- Nimmt er den Unterschied nur im Vergleich zur anderen Seite wahr?
- Kam es seit dem Geschehen schon zur Veränderung der Wahrnehmung?
- Hat er von sich aus oder durch Hilfe des Therapeuten eine Strategie gefunden, wie er die Wahrnehmung verbessern kann?
- Hat er die Erfahrung gemacht, dass diese Strategie hilfreich ist?
- Ist er durch die Wahrnehmungsveränderung emotionell belastet?

Patientenbeispiel:

„Die Hand gehört noch nicht richtig zu mir – sie ist schon irgendwie da, aber es ist ein Fleischhaufen. Ich muss die Finger berühren oder bewegen, damit ich die Finger spüre. Wenn ich mehr Gefühl hätte, wäre auch die Funktion besser. Ich verwende die Hand nicht weil ich kein Gefühl habe.“ „Sie (die Hand) bremst. Ich glaube die Hand ist viel daran schuld, dass ich den Arm noch nicht so einsetze - weil sie so unförmig ist - wie ein großer unförmiger Klumpen - am besten ist, wenn ich zur Hand hinschau - ich muss sie sehen, dann ist es (das Gefühl) eher besser - dann sehe ich, dass sie in Wirklichkeit kein Klumpen ist sondern eine normale Hand. Wenn ich die Augen zu mache, glaube ich, dass ich etwas großes, wie einen großen Handschuh anhabe. Wenn ich mich darauf hinkonzentriere, spüre ich schon die einzelnen Finger, aber die Hand ist trotzdem ein Klumpen.“

Auch beim Profil habe ich die Fragen aus Platzgründen weggelassen, da sie oft ähnlich sind und natürlich der jeweiligen Situation angepasst werden müssen.

6) Aufmerksamkeit

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Hat der Patient für sich die Aufmerksamkeit als nützliches Mittel entdeckt?
- Wohin richtet er seine Aufmerksamkeit?
- Weiß er es nur theoretisch oder hat er schon positive Erfahrungen gesammelt?
- Aktiviert er die gerichtete Aufmerksamkeit von sich aus oder nur auf Aufforderung?
- Weiß er immer auf was er sich jeweils konzentrieren muss?
- Setzt er die gerichtete Aufmerksamkeit auch im Alltag ein?

Patientenbeispiel:

- Wie geht es Ihnen? „Mir kommt's so vor wie wenn ich es nicht rauf schalten könnte – ich spüre rechts dann links – nein das da'schalte nicht rauf – das ist komisch – auch beim Liegen – ich muss mich ganz fest konzentrieren – da geh ich ganz fest in mich hinein.“ Eine Therapiestunde später: „In mich hineingehen kann ich jetzt auf einmal gut – ich probiere es aus und komischerweise spür ich rechts gut – verstehe nicht wieso es links nicht so gut hinaufgeht – in den Körper hineinhörenchen – ich war so verkrampt – hab nicht loslassen können – komischerweise kann ich das nur mit geschlossenen Augen – mit geschlossenen Augen kann ich gehirnmäßig besser sammeln.“

7) Sprache

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Kann der Patient über seinen Körper – in Bewegung und in Ruhe reden?
- Kann er über Gefühltes sprechen?
- Kann er mentale Strategien, die er anwendet verbalisieren?
- Kann er verbale Hinweise des Therapeuten umsetzen – Hinweise bezüglich Körper, Bewegung, Wahrnehmung, Strategien etc.?
- Verändert sich durch den Dialog sein Bewusstsein bzw. ist es möglich dass der Patient durch den Dialog bewusste Erfahrungen sammelt – hinsichtlich sei-

ner Körperwahrnehmung und seiner Strategien?

8) Lernprozess:

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Nimmt der Patient aktiv am Lernprozess teil oder „lässt er sich behandeln“?
- Kann er angebotene Strategien umsetzen – wenn nein wieso nicht?
- Entwickelt er selber Strategien?
- Sind es zielführende Strategien?
- Kann er Strategien auch abändern?
- Wie ist der bisherige Verlauf der Rehabilitation?

Patientenbeispiel:

- Wie geht es? „Mit der Hand geht es jetzt sehr gut - das Hindenken geht leichter – jetzt habe ich eine wirklich gute Methode: wenn das Kribbeln kommt, leite ich es einfach weiter runter – ich denke das Blut muss fließen – runter und wieder rauf – geht gut – wenn ich reindenke, dann hört das Kribbeln auf – es kommt immer wieder, aber ich weiß wie damit umgehen – die Methode funktioniert – ja sie (die Hand) fühlt sich so an wie die rechte.“

9) Imagination:

Was möchte der Therapeut mit Hilfe der Fragen herausfinden?

- Hat er noch die Fähigkeit, sich Bewegungen auf der betroffenen Seite vorzustellen?
- Wie stark verändert ist die Vorstellung im Vergleich zur Vorstellung auf der gesunden Seite?
- Wie stark automatisiert ist die Vorstellung/Bewegungsplanung bzw. kann er die Vorstellung auch abändern?
- Hat er die Erfahrung gemacht, dass Bewegungsvorstellung nützlich ist?
- Verwendet er von sich aus dieses Mittel?

Patientenbeispiel:

- Vorstellung: im Liegen Unterarm bis zur vollen Streckung sinken lassen: „Ich habe in der Vorstellung gespürt, wie sich der Unterarm Richtung Bett senkte, aber bei ca. 90 Grad wurde der Muskel hart, der Ellbogen blieb in dieser Stellung stehen. Ich

konnte mir einfach nicht vorstellen, den Ellbogen bis zur vollen Streckung sinken zu lassen. „Nein es hat nicht funktioniert. Der Ellbogen bleibt in der Vorstellung wieder stecken. Sobald ich mir die Bewegung mit Muskeln vorstelle, spüre ich die Anspannung des Muskels. Die Erinnerung ist einfach zu stark. Ich habe den Muskel seit neun Jahren nicht mehr locker gespürt!“

Man sieht für eine vollständige Befundaufnahme muss nicht nur eine sehr genaue Analyse der spezifischen Motorik durchgeführt werden, sondern man muss auch für den jeweiligen Patienten ein Profil erstellen. Zusätzlich sollte der Therapeut mit Hilfe der verbalen Beschreibung eine introspektive Sicht all jener Elemente (spezifische Motorik, Profil) erhalten, die man von außen erforscht hat.

Allein schon Begriffe wie Bewusstsein, Phänomenologie, Erfahrung oder Metakognition sind schon schwer zu begreifen. Noch schwieriger ist es diese in unserer täglich Arbeit mit dem Patienten umzusetzen. Ich hoffe, der Artikel hat etwas dazu beigetragen, diese Begriffe besser zu verstehen und ich hoffe, die Befundaufnahme am Patienten wird nun durch eine weitere Facette erweitert, nämlich durch die verbale Beschreibung der bewussten Erfahrung. Erst wenn ich erfahren habe, was mein Patient denkt und fühlt, werde ich die Behandlung korrekt planen und ausführen können.

Literatur:

1. Chalmers D.J. (1995) Facing up the problem of consciousness. Journal of Consciousness Studies, 2, No.3, pp. 200-19
2. Varela F.J. (1997) Una soluzione metodologica al "problema difficile" - Neurofenomenologia. Pluriverso II, 3, RCS libri s.p.a

Fußnote: Um dem Leser das Verständnis des Artikels möglichst einfach zu machen, habe ich mir erlaubt die angeführten Zitate aus dem Englischen wie Italienischem zu übersetzen. Diese Übersetzungen stellen keine offiziellen Übersetzungen eines anerkannten Dolmetschers dar, erfüllen aber - wie ich hoffe - dennoch ihren Zweck.