

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## KONFABULATIONEN

### Überspielen von Gedächtnislücken durch Erzählen zufälliger Einfälle

*Konfabulationen*, was ist das? Zuerst einmal ein schwieriger Begriff. Selbst im ärztlichen Alltag nicht oft in Gebrauch. Mitunter in den Medien verwendet, dann allerdings ausdrücklich negativ von „Gedächtnisfehlern“ bis hin zum (un-)bewussten Lügen.

Was aber liegt hier wirklich vor? Letztlich ist es ein Krankheitszeichen und damit Ausdruck gesundheitlicher Not, Hilflosigkeit, vielleicht sogar Wahn, nicht zuletzt durch die drohende psychosoziale Ausgrenzung. Leider ist sich die Wissenschaft hier noch nicht in allen Punkten einig, vor allem was Ursachen und neuro-psychologische Hintergründe anbelangt (geschädigte Gehirnfunktion). Nachfolgend deshalb eine Übersicht, die durch die Komplexität des Phänomens trotz aller Bemühungen um eine allgemein-verständliche Darstellung recht fachlich ausfällt. Man sieht: Je höher die geistige Leistungsfähigkeit des menschlichen Gehirns, desto schwerer wird es, die Ursachen der Störungen zu erforschen – und zu erläutern.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Konfabulationen – Überspielen von Gedächtnislücken – Erzählen zufälliger Einfälle – missglückte sprachliche Situations-Angleichungen – Konfabulose – Pseudologia phantastica – krankhafte Phantasie-Produkte – blühende Konfabulationen – expansive Konfabulationen – normale Erinnerungen – falsche Erinnerungen – Fehl-Funktionen des Gedächtnisses – Fehler bei der Gedächtnis-Bildung – falsche Erinnerungen – Fehl-Attribuierung – falsches Wiedererkennen – Intrusionen – Paramnesia – Pseudo-Reminiszenzen – Gedächtnisfehler – Expansiv-konfabulatorisches Syndrom – Pseudo-Erinnerungen – Halluzinationen – Wahn-Vorstellungen – illusionäre Verkennungen – pathologisches Lügen – spontane Konfabulationen – provozierte Konfabulationen – Konfabulationen der Verlegenheit – phantastische Konfabulationen –

plausible Konfabulationen – stabile Konfabulationen – flüchtige Konfabulationen – Gedächtnis-Defizite – falsche Behauptungen – Ursachen von Konfabulationen (Funktionsstörungen oder Schädigung des Gehirns u. a.) – Arten von Konfabulationen (Konfabulations-Syndrome): orbito-frontales Syndrom, AcuA-Syndrom, Korsakoff-Syndrom, Anosognosie, Split-Brain-Syndrom, Miss-Identifikations-Syndrom u. a. – Diagnose der Konfabulationen – Therapie der Konfabulationen – neuro-psychologische Forschungs-Ansätze bei Konfabulationen – u. a. m.

*Konfabulationen* – ein medizinischer, konkreter: neuro-psychiatrischer Fachbegriff, der in der Allgemeinheit wahrscheinlich wenig aussagt. Und doch ist dieses rätselhafte Phänomen nicht selten. Klinisch wird es vor allem von Nervenärzten, Psychiatern, Neurologen, Gerontopsychiatern, Suchtmedizinern u. a. diskutiert. Dabei gibt es im Allgemeinen keine Unklarheiten, wie auch die gängigen psychiatrischen Wörterbücher nahe legen (siehe Kasten).

Wissenschaftlich sieht es allerdings ganz anders aus. Hier herrscht noch erheblicher Klärungs- und damit Forschungs-Bedarf. Und deshalb sind auch effiziente, vor allem gesicherte Diagnostik- und Therapie-Erkenntnisse bislang eher selten.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht, basierend auf dem neuro-psychiatrischen Fachartikel von Frau Dr. phil. Maria-Dorothea Heidler von der Abteilung für Neurologie an der Brandenburg-Klinik Bernau mit dem Titel *Konfabulationen – Alte und neue Theorien eines rätselhaften Phänomens* (Fortschr. Neurol. Psychiat. 78 (210) 256).

Im Einzelnen, wie erwähnt: verkürzt und um Allgemein-Verständlichkeit bemüht:

## **Begriff**

Der Fachbegriff *Konfabulationen* kommt vom lat. confabulari = *plaudern*, im übertragenen Sinne *besprechen*.

## **Definitionen**

Die Kern-Aussage von *Konfabulationen* ist natürlich überall gleich, zumindest ähnlich. Dazu im Kasten zwei Erläuterungen der derzeit ton-angebenden Wörterbücher für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Psychotherapie in deutscher Sprache:

- **Konfabulation:** Überspielen von Gedächtnislücken durch Erzählen meist zufälliger Einfälle, die der Betroffene selbst für Erinnerungen hält. Im Gespräch auffällig durch variierende Schilderungen zurückliegender Geschehnisse oder voneinander abweichender Antworten auf dieselbe Frage. Vorkommen: z. B. bei Hirnatrophie, organisch bedingter Psychose und bei kognitiven Beeinträchtigungen durch chronische Alkoholabhängigkeit (hier vor allem beim Korsakow-Syndrom).

- **Konfabulose:** Form der organisch bedingten Psychose, bei der Konfabulationen im Vordergrund stehen. Vorkommen: bei degenerativer, traumatischer oder toxischer Hirnläsion, Infektion (Fleckfieber, Typhus) oder Alkoholdelir.

*Pschyrembel – Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, 2009*

- **Konfabulation:** Mehr oder weniger missglückte sprachliche Situations-Angleichung. Erzählen von Vorgängen, die entweder nur in der Phantasie des Kranken existieren oder in keinem Zusammenhang mit der gegebenen Situation stehen. Zum Begriff gehört eine starke subjektive Überzeugung von der Richtigkeit des Gesagten, die durch keine Argumente zu erschüttern ist. Dies unterscheidet die Konfabulation von der Pseudologia phantastica, bei der nur im Augenblick an die Phantasie-Produkte geglaubt wird, diese aber durch Konfrontation mit der Wirklichkeit korrigiert werden können. Vorkommen: Bei zahlreichen organischen Hirnkrankheiten, regelmäßig aber beim amnestischen Korsakow-Syndrom.

- **Weitere Fachbegriffe:**

- *Konfabulationen, blühende:* besonders ausschmückungs-reiche, auf geringe Anregungen hin einsetzende Konfabulationen. Fast ausschließlich beim Korsakow-Syndrom verwendet.

- *Konfabulationen, expansive:* mit megalomanen („größen-wahnsinnigen“) Inhalten.

- *Konfabulose:* Psychische Krankheit, bei der phantastische Konfabulationen nahezu oder ausschließlich das psychopathologische Bild beherrschen. Besonders bei Fleckfieber, Typhus abdominalis, Hirntraumen u. a.

- *Konfabulose, expansive:* manische Psychose mit gehobener Stimmung und expansiven Konfabulationen.

- *Konfabulose, progressive:* paranoide Form der Schizophrenie mit Vorherrschen von Konfabulationen. Entspricht der Paraphrenia confabulans.

U.H. Peters: *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie, 2007*

Moderne *Definitionen* lauten wie folgt:

Konfabulationen sind verbal geäußerte unwahre Inhalte infolge gestörter Wahrnehmungs- und/oder Gedächtnis(kontroll)prozesse, deren Inkorrektheiten dem Patienten nicht bewusst sind.

Und gleich zur Ursache weiter (s. später): Während provozierte Konfabulationen meist plausibel sind und auch bei Gesunden auftreten können, sind spontane Konfabulationen mit phantastischem Inhalt immer Ausdruck einer Hirnschädigung.

### **Normale und falsche Erinnerungen**

In ihrer Einleitung nimmt die klinische Psychologin Dr. M.-D. Heidler Stellung zur Frage, was sind normale und falsche Erinnerungen und vor allem wie „normal“ sind falsche Erinnerungen?

So sind es vor allem unbewusste geistige Mechanismen, die die Ereignisse der Umwelt rasch einzuordnen helfen. Und damit Entscheidungen zu fällen und Ziele zu setzen. Doch obgleich die meisten mentalen (geistigen, verstandesmäßigen) Prozesse unbewusst sind, antworten doch viele Menschen nicht mit „ich weiß nicht“, wenn sie ihre Entscheidungen erklären sollen. Vielmehr geben sie Begründungen an, die letztlich „konfabuliert“ sind. Dies besagt: Obgleich Konfabulationen und Phänomene falscher Erinnerung in Fachkreisen (und auch der Allgemeinheit) mit Hirnschädigungen verbunden werden, konfabulieren auch normale Menschen.

Die Ursachen falscher Erinnerungen scheinen vor allem in dem – ebenfalls unbewussten - Bestreben zu liegen, den eigenen Wahrnehmungen und Handlungen einen Sinn zu verleihen. Das ist auch nötig, denn die permanente Flut von Wahrgenommenem jeglicher Sinnesqualität (also sehen, hören, schmecken, riechen, fühlen) und aller möglicher Gründe, müsste eigentlich zu einem inneren und schließlich äußeren Chaos führen. Da ist es dann das Sprachsystem, sprich die Interpretation des Wahrgenommenen ins Geäußerte, die letztlich Ordnung in das Chaos bringt. Und damit Beständigkeit und innerseelische und äußere Stabilität ermöglicht.

Die Neuropsychologie, eine komplexe, für Nicht-Experten bisweilen schwer verständliche, aber trotz allem zukunftsweisende medizinische Disziplin, bietet gerade auf diesem Gebiet eine Reihe neuerer Erklärungs-Ansätze. So unterscheidet sie produktive und konstruktive Prozesse in den Gedächtnisfunktionen. Reproduktiv heißt korrekt erinnert, Konstruktionen sind aktiv produzierte falsche Erinnerungen, die entweder niemals stattgefunden haben oder aber von dem abweichen, was sich tatsächlich ereignet hat. Das liegt daran, weil Erinnerungen nicht als getreue Repräsentationen gespeichert, sondern bei jedem Abruf neu konstruiert werden, gleichsam als Informations-Bruchstücke

über verschiedene Hirn-Areale verteilt. Und deshalb abhängig von entsprechenden Einflüssen der Gegenwart und der Vergangenheit.

Fehler bei der Gedächtnis-Bildung, die zu solch falschen Erinnerungen führen, sind laut wissenschaftlicher Erkenntnisse beispielsweise: Vergänglichkeit (Informationen verblassen mit der Zeit), Geistes-Abwesenheit, Blockierung (zeitlich begrenzte Phasen, in denen der Abruf von Information nicht möglich ist), Fehl-Attribuierung (Informationen werden mit einer falschen Quelle verbunden), Beeinflussbarkeit, Vor-Wissen und Vorurteile (Befangenheit mit rückwirkender Verzerrung der Erinnerungen) sowie Beständigkeit (Unfähigkeit zum Vergessen bestimmter Ereignisse, was sich ebenfalls auszuwirken vermag).

Diese Gründe für falsche Erinnerungen sind aber keine Fehl-Funktionen des Gedächtnisses, sondern durchaus normal als Ausdruck konstruktiver Gedächtnis-Abläufe.

Dagegen schlagen die Neurowissenschaftler folgende drei Formen falscher Erinnerungen vor:

- *Falsches Wiedererkennen*: Wenn z. B. ein Wort, Objekt, Gesicht, Ereignis u. a. fälschlicherweise als bekannt deklariert wird.
- *Intrusionen*: Ereignisteile, die zwar nicht erlebt, aber dann in ein tatsächliches Ereignis eingefügt wurden. Beispiele: Zeugen-Berichte, in denen unbewusste Details ergänzt werden.
- *Konfabulationen*: Erfindungen von nicht neuen, nicht erlebten Ereignissen. Beispiele: Entführungen. Aber auch persönliche Erlebnisse, z. B. ein Fest, wie es vor Jahren stattfand.

In der Wissenschaft wird bisweilen nicht zwischen Intrusionen und Konfabulationen unterschieden, sondern beide Begriffe synonym (bedeutungsgleich) verwendet, gibt Frau Dr. M.-D. Heidler zu bedenken. Was aber sind nun Konfabulationen?

### **Was sind Konfabulationen?**

Es war der russische Nervenarzt Prof. Dr. S. S. Korsakow, Ordinarius an der Universität Moskau, der schon in jungen Jahren über eine eigenartige Störung der Merkfähigkeit berichtete, das später nach ihm benannte „amnestische Syndrom“ bzw. die „Korsakow-Psychose“ (1889). Das wurde schon wegen seiner Häufigkeit zu einem oft diskutierten wissenschaftlichen und noch häufiger klinischen Thema. Allerdings auch bis heute ziemlich unscharf definiert, was jedoch nicht zuletzt krankheits-bedingt ist. Denn einige Konfabulationen beziehen sich auf vergangene Erlebnisse, einige können durch Fragen provo-

ziert werden, einige entwickeln regelrechte Szenen und einige haben einen phantastischen Inhalt, der völlig unreal ist. Einige, aber eben jeweils nicht alle.

Als minimal akzeptierte Definition gilt deshalb, dass Konfabulationen

- entweder ungenau oder gänzlich falsche Erinnerungen sind, die spontan geäußert oder durch Fragen provoziert werden können
- oder falsche Überzeugungen, d.h. Meinungen über die Welt, die nachweislich falsch sind, aber dennoch vom Patienten als wahr angesehen werden.

Die Ursachen sind meist Hirnschäden, häufig kombiniert mit Gedächtnisstörungen und unabhängig von der jeweiligen Intelligenz-Leistung.

Die wissenschaftliche Folge war dann eben auch eine Vielzahl von Synonymen (bedeutungsgleichen Begriffen) und Definitionen. Beispiele:

- Paramnesia oder Pseudo-Reminiszenzen im Sinne von Gedächtnisfehlern.
- Konfabulose als Bezeichnung für ein expansiv-konfabulatorisches Syndrom bei symptomatischer Psychose bzw. bei affektivem Durchgangssyndrom mit Merkfähigkeitsstörung oder Pseudo-Erinnerungen im Sinne von erfundenen Episoden.
- Und es gab und gibt eine Reihe von differentialdiagnostischen Aufgaben, d. h. was könnte es denn sonst noch sein. Dazu gehören beispielsweise
- die sprachlichen Äußerungen während eines Delirs, die meist weniger kohärent (zusammenhängend) sind als Konfabulationen. Allerdings haben einige Konfabulationen eine traum-ähnliche Qualität, könnten also theoretisch deliranten Zuständen oder Halluzinationen (Trugwahrnehmungen, Sinnestäuschungen) entspringen.
- Auch Wahn-Vorstellungen gilt es abzugrenzen, bekanntlich charakterisiert durch eine dauerhafte Überzeugung von einer falschen Idee. Hier müsste also beim Konfabulierenden die prämorbid Persönlichkeitsstruktur bekannt sein, d. h. was fand sich vor Ausbruch der Konfabulationen, z. B. schon damals Wahn oder nicht?
- Schließlich auch eine Form des krankhaften, fachlich gesprochen: „pathologischen Lügens“, auch als Pseudologia phantastica bezeichnet, meist beruhend auf einem hohen Grad an Geltungsbedürfnis oder als Kompensation eines geringen Selbstwertgefühls.
- Zuletzt das bewusste Lügen. In der so genannten Mentiologie, der Lehre vom Lügen, unterscheidet man dabei als Hauptgrund „normalen“ Lügens das Abschieben von Verantwortung für eigene Gefühle oder Handlungen. Das fin-

det sich im Alltag häufig, da sowohl die Lüge als auch die Konfabulation den Umgang mit eigener Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu erleichtern vermag.

## Erscheinungsformen von Konfabulationen

Man sollte es nicht für möglich halten, was die Wissenschaft aus einem seit über hundert Jahren diagnostizierten und diskutierten Syndrom (also Störungsbild zusammenhängender Symptome = Krankheitszeichen) alles zu machen vermag. Allerdings im konstruktiven Sinne von zutreffender Diagnose und ggf. gezielter Therapie, vielleicht sogar rechtzeitiger Prävention (Vorbeugung). Und natürlich bisweilen auch als „wissenschaftliche Spielwiese“, was nicht negativ sein muss, bahnt es dann doch häufig den Weg zur nutzbaren Realität.

Frau Dr. M.-D. Heidler führt in ihrem Beitrag nun eine Reihe von so genannten Dichotomien (sprich Zweigliedrigkeiten, Zweiteiligkeiten) und Konfabulations-Theorien auf. Einzelheiten würden hier zu weit führen und müssen in der – meist englischsprachigen – Fachliteratur nachgelesen werden. Diskutiert werden auf jeden Fall die Fragen: verschiedene Schweregrade derselben Grundstörung oder gänzlich unterschiedliche Störungen, die verschiedene Konfabulations-Formen hervorbringen. Dazu kommen terminologische (Fachsprachen)Verwirrungen, verstärkt durch unterschiedliche Mitteilungs-Praktiken.

Was bleibt, sind beispielsweise Unterteilungen in episodische und semantische Konfabulationen (Semantik: Lehre von der Bedeutung der sprachlichen Zeichen und Wörter). Das hat etwas mit den jeweiligen Hirn-Strukturen zu tun und äußert sich beispielsweise in episodisch-autobiographischen oder semantischen Gedächtnis-Schwerpunkten. Im autobiographisch-episodischen Bereich (also die eigene Lebensgeschichte in verschiedenen Episoden betreffend) sind Konfabulationen bereits nach leichten Hirnschäden möglich. Ist die Bedeutung eines Wortes nicht mehr real gegenwärtig, d.h. das semantische Gedächtnis betroffen, liegen entweder umfangreichere Hirnläsionen oder die Spät-Stadien einiger neuro-degenerativer Erkrankungen zugrunde (z. B. der Alzheimer-Demenz, Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie).

Beiden Formen eigen sind weitere Differenzierungen, die in der Wissenschaft gerne getroffen (aber nicht immer optimal auseinander gehalten bzw. begrifflich vermischt werden. Beispiele: spontane oder provozierte, phantastische oder plausible (nachvollziehbare), stabile oder flüchtige Konfabulationen).

- Die Unterscheidung zwischen *spontanen und provozierten Konfabulationen* ist inzwischen wissenschaftlich fest etabliert. Offenbar handelt es sich tatsächlich um unterschiedliche Ursachen.

Provozierte, momentane oder reaktive Konfabulationen werden durch Fragen hervorgerufen. Sie können durchaus aus realen Erinnerungen bestehen, die aber in einem falschen zeitlich-räumlichen Zusammenhang platziert werden. Meist sind sie auch nachvollziehbar. Früher auch als „Konfabulationen der Verlegenheit“ bezeichnet, um bestehende Gedächtnislücken auszufüllen. In krankhafter Hinsicht sind sie offenbar nicht an bestimmte Hirnregionen gebunden, sondern können durch verschiedene Hirn-Läsionen verursacht werden.

Und schließlich wird die Produktion plausibler (d. h. einleuchtender, klarer und verständlicher) Konfabulationen, die durch entsprechende Ursachen provoziert wurden, als normaler Mechanismus bei Gesunden interpretiert. Vor allem wenn man sich „schlecht zu erinnern vermag“. Oder wenn man suggestive, d. h. den Willen beeinflussende Fragen gestellt bekommt.

- *Spontane Konfabulationen* sind weitaus seltener als provozierte. Sie haben auch häufiger einen phantastischen Inhalt (jedoch nicht grundsätzlich). Neuere Untersuchungen beweisen auch, dass es häufig keine reinen Produkte (sogar als Fabrikationen bezeichnet) sind. Es handelte sich um Miss-Kombinationen tatsächlicher Erinnerungen.

Über die Ursachen wird viel spekuliert. Zum einen als direkte Folge schwerer Gedächtnis-Defizite, zum anderen als Form des Wahns bei Psychosen. Letzteres allerdings wird auch wieder abgelehnt. Denn ein Wahn beruht auf falschen Annahmen, während phantastische Konfabulationen falsche Behauptungen sind. Das gilt es zu unterscheiden. Allerdings kann ein Wahn bzw. eine illusorische Verknüpfung durchaus Anlass von Konfabulationen sein, ist aber im Gegensatz zu Konfabulationen weniger flüchtig, eher stabil.

In diesem Zusammenhang gibt es nebenbei viele hoch-wissenschaftliche Diskussionen auf neuro-anatomischer und -physiologischer Ebene, die von Frau Dr. M.-D. Heidler in ihrem Beitrag kurz gestreift werden, die aber hier nicht weiter vertieft werden sollen.

- Ergiebiger für interessierte Laien ist dagegen die Gegenüberstellung von *phantastischen* und *plausiblen Konfabulationen*: Auch hier wieder die Frage: Verschiedene Schweregrade derselben Störung oder gänzlich unterschiedliche Prozesse? In jedem Fall sind aber phantastische Konfabulationen Ausdruck einer Hirnschädigung, und zwar einer schwerwiegenden, beispielsweise im Rahmen eines Korsakow-Syndroms oder degenerativer Demenz. Bei letzterem findet man bei phantastischen Konfabulationen gelegentlich auch paranoide (wahnhaft) Charaktermuster in der prämorbidem Persönlichkeit (also vor Ausbruch der Krankheit). Damit drängt sich eine zumindest theoretisch zu diskutierende Nähe mit entsprechenden Charakter-Eigenschaften auf, was aber noch zu beweisen wäre.

- Schließlich dreht sich der wissenschaftliche Disput auch um das Phänomen von *stabilen* bzw. *flüchtigen Konfabulationen*. Die meisten sind flüchtiger



Natur. Eine gewisse Beständigkeit herrscht bei jenen Syndromen, denen eine durchgehende defizitäre (mangelhafte) Wahrnehmung zugrunde liegt. Abzugrenzen sind sie allerdings gegenüber Wahnvorstellungen, die als stabile Konfabulationen imponieren, weil sie auch auf stabilen (wahnhaften) Fehlannahmen beruhen.

### **Wie erklärt man sich Konfabulationen?**

Früher war alles einfacher, auch in Theorie und Praxis der Wissenschaften. Während noch vor hundert Jahren Prof. Dr. A. Pick, Direktor der Psychiatrisch-neurologischen Klinik der Deutschen Universität Prag und bekannt als Erstbeschreiber der Pick'schen Krankheit, die Ursachen von Konfabulationen lediglich in einer erhöhten Suggestibilität (d. h. Beeinflussbarkeit) sah, ist die Zahl der Theorien, die heute das Entstehen von Konfabulationen aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln erklären, fast nicht mehr übersehbar. Hier vermittelt der Fachbeitrag von M.-D. Heidler dankenswerterweise einen rasch verwertbaren Überblick, auch tabellarisch aufgelistet. Dies einschließlich kritischer Kommentare zur jeweils auch historisch zu verstehenden Interpretation von 1901 bis 2006. Interessant sind sie allemal, die Konfabulations-Theorien mit den jeweiligen Säulen-Darstellungen der Ursachen, der entsprechenden Läsions-Orte im geschädigten Gehirn und kritischer Einwände.

Die Mehrzahl ist erwartungsgemäß „biologisch“ orientiert. Es gibt aber auch interessante psychologische, konkret: psychodynamisch orientierte oder – wie hier bezeichnet – emotionen-basierte Theorien. Zu letzteren zählen auch Erkenntnisse, die man im Alltag sammeln kann.

Beispiele: Konfabulierende sind wenig sensibel gegenüber ihren Hörern: Sie bleiben bei ihren Behauptungen und sind auch bei Korrekturen und ersichtlichen Zweifel der anderen nicht beunruhigt. Ein Gesunder würde sofort reagieren, z. B. durch Irritation, Nervosität, Furcht oder mittels Überzeugungsversuchen. Das findet sich bei Konfabulierenden nicht. Sie realisieren weder die krankheits-basierten Behauptungen, noch dass ihre Hörer dies skeptisch bemerken.

Das spricht übrigens gegen eine Theorie vor hundert Jahren, nämlich dass Konfabulationen auf reiner Verlegenheit beruhten. Im Gegenteil, Patienten mit Konfabulationen zeigen nicht die geringste Verlegenheit, wenn sie mit der Wahrheit konfrontiert werden. Im Gegensatz zu Lügner sind sie überzeugt vom Inhalt ihrer Konfabulation und verhalten sich deshalb unsensibel gegenüber den Zweifeln ihrer Gesprächspartner. Im Übrigen entdecken sie auch bei anderen Konfabulanten deren Konfabulationen nur selten.

Oder die Überlegungen von Sigmund Freud, der interessanterweise meinte: Zentrales Charakteristikum unbewusster Denkprozesse ist ein infantiles und unrealistisches Wunsch-Denken. Konfabulationen könnten deshalb auch vom

„Lust-Prinzip“ erzeugt werden, in dem sich die Betroffenen eine Wunschwelt konstruieren und unbewusst ausblenden, was dieser Welt widerspricht. Das würde von der Erkenntnis gestützt, dass Konfabulationen tatsächlich oft nicht neutral sind, sondern die Welt des Patienten im Sinne erwünschter Sachverhalte verbessern, also für den Betroffenen durchaus positive emotionale Konsequenzen haben.

Moderne Versionen führen diese Überlegung weiter und stellen zur Diskussion: Konfabulationen werden geäußert, weil ein negativer emotionaler Zustand wieder erkannt wurde und durch die Äußerung ein Zustand schlechter Stimmung abgewehrt werden soll. Vor allem Konfabulationen von Patienten mit Amnesie (Erinnerungslosigkeit) enthalten oft emotional stark positiv gefärbte Inhalte. Sie werden erstaunlicherweise umso positiver, je depressiver der Patient ist. Emotionen und Motivationen, also Gefühlsregungen und Beweggründe scheinen demnach eine große Rolle zu spielen.

Der Schwerpunkt der modernen Forschung aber liegt nach wie vor auf neuroanatomischen Überlegungen. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur, hilfreich zusammengefasst von Frau Dr. Maria-Dorothea Heidler in der Fachzeitschrift Fortschritte von Neurologie und Psychiatrie. Eines aber bleibt unübersehbar: Die Ursachen für die Entstehung von Konfabulationen sind noch immer nicht gänzlich geklärt. So existieren zahlreiche Studien über bestimmte Gehirn-Schädigungen, die aber jeweils andere Gehirn-Areale favorisieren. Weitgehend Übereinstimmung herrscht darin, dass es verschiedene Formen von Konfabulationen mit unterschiedlicher Genese gibt: Solche, die auf falschen Wahrnehmungen beruhen und solche, die auf defizitäre Gedächtnis(kontroll)prozesse zurückführbar sind. Daraus resultieren dann auch unterschiedliche Läsions-Orte der Hirnschädigung. Beispiele in Fachbegriffen (die man aber ruhig den Experten überlassen darf...): Präfrontalkortex, bilaterale orbitofrontale Regionen, ventromedialer Frontalkortex dorsomedialer Nukleus des Thalamus und der Amygdala, basales Vorderhirn, anteriores Zingulum, anteriorer Hypothalamus, medialer Temporallappen u. a.

Schon diese Fachbegriffe zeigen dem selbst interessierten Laien: eine „schwere Kost“. Andererseits auch ein Gütezeichen für das menschliche Gehirn. Scheinbar ist es doch die „Krone der Schöpfung“, zumindest was die neuroanatomischen und psycho-physiologischen Aspekte anbelangt...

### **Was gibt es für Konfabulations-Syndrome?**

Unter einem Syndrom (griech.: syndromos = mitlaufend, begleitend) versteht man eine Gruppe von überzufällig häufig gemeinsam auftretenden Symptomen (Krankheitszeichen), die für eine bestimmte Krankheit mit meist einheitlicher Ursache charakteristisch sind. Was gibt es nun für Konfabulations-Syndrome? Als Erstes eine kurze Übersicht:

Konfabulationen haben also eine ganze Reihe von möglichen Ursachen, teils psychiatrischer, teils neurologischer, zumeist aber kombinierter, also neuropsychiatrischer Genese. Meist entstehen sie nach fokalen (örtlich umschriebenen) Hirnschädigungen, vor allem nach frontalen Läsionen, Aneurysmata der Arteria communicans anterior, bei degenerativen Demenzen, im Rahmen einiger seelischer Erkrankungen (z. B. Schizophrenie) und bei spezifischen Störungen der perzeptuellen Verarbeitung, z. B. Miss-Identifikations-Syndrom, Anton-Syndrom oder Anosognosie für Hemiplegie u. a. Im Einzelnen:

- *Orbito-frontales Syndrom*: Eine wichtige Funktion des Frontalhirns (Stirnhirn) ist die Hemmung bzw. Filterung von so genannten Repräsentationen (in diesem Fall eine Art „Vergegenwärtigung“ bestimmter Bewusstseinsinhalte), die von anderen Hirn-Arealen produziert werden. Das heißt aber auch, dass frontale Läsionen (Verletzungen und damit Störungen) zur so genannten Desinhibition (unzulänglichen Hemmung bzw. Steuerung) von Emotionen (Gefühlen), sprachlichen Äußerungen, Handlungen u. a. führen. Oder konkreter: Hier wird eine Filter-Funktion dieser Gehirn-Anteile gestört oder gar unterbunden.

Diese Stirnhirn-Region ist vor allem für die Unterdrückung irrelevanter (nicht bedeutungsvoller) Erinnerungen beim Abruf aus dem so genannten autobiographischen Gedächtnis zuständig (also was die eigene Lebensbeschreibung betrifft). Orbito-frontale Läsionen (des unteren Stirnhirns) führen zum „desinhibierten Frontalhirn-Syndroms“ – und damit zu einer Art enthemmten Konfabulations-Neigung. Derlei wäre seinem Besitzer vor dem Hirnschaden nicht passiert.

- *Läsionen der Arteria communicans anterior* (so genanntes ACoA-Syndrom) können ebenfalls zu Konfabulationen führen. Dieser kurze Gefäßabschnitt, der die bedeutungsvolle rechte und linke Arteria cerebri anterior miteinander verbindet, kann beispielsweise durch Aneurysmata (durch Riss lebensbedrohliche Ausbuchtungen der Gefäß-Innenwand) den Blutfluss in immens wichtigen Gehirn-Regionen beeinträchtigen. Dazu gehören vor allem so genannte ventro-mediale und orbito-frontale Hirn-Areale (s. o.). Und eine Reihe weiterer Gehirn-Regionen mit folgenschwerem Ausgang.

Folgenschwer heißt in diesem Fall Persönlichkeits-Veränderungen, anterograde und retrograde Amnesie (Erinnerungslosigkeit für die Zeit vor und nach der Blutungsminderung), Probleme bei zwischenmenschlichen Aktionen, falsches Wiedererkennen – und in der akuten Phase phantastische und spontane Konfabulationen. Diese werden zwar in der chronischen (und damit geminderten Durchblutungs-)Phase inhaltlich plausibler (nachvollziehbarer) und nur noch durch Provokation ausgelöst. Das reicht aber auch, um auffällig zu werden bzw. zu bleiben. Und dies vor allem durch zwei Konfabulations-Formen, nämlich einerseits Verfälschungen über den Zeitpunkt des erinnerten Ereignisses hinaus (zeitlicher Zusammenhang) sowie Verfälschungen über das augenblickliche Geschehen (aktueller Gedächtnisinhalt).

- Das schon erwähnte *Korsakoff-Syndrom* bezieht sich zum einen auf Patienten mit alkoholischer Polyneuritis, wie schon vor hundert Jahren beschrieben. Andererseits auf sämtliche Formen von Gedächtnisstörungen, wobei andere intellektuelle Leistungen weitgehend unbeeinträchtigt bleiben.

Neben chronischem Alkohol-Missbrauch führen auch Schädel-Hirn-Traumata (Kopf-Unfälle), Hypoxien (Sauerstoffmangel) und degenerative (Abbau-) Prozesse zu diesem Krankheitsbild.

Die häufigsten Ursachen sind ein Mangel an Vitamin B1 (Thiamin) auf Grund des Alkoholabusus und eine „Unterernährung“, was vor allem bestimmte Gehirn-Bereiche betrifft (z. B. Hippokampus, Thalamus, Gyrus cinguli u. a.), alle unentbehrlich für die Festigung von Erinnerungen, die im Langzeit-Gedächtnis gespeichert sind.

Weitere Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur. Nach wie vor herrscht allerdings Uneinigkeit über die wichtigsten Symptome, die zur Definition des Korsakoff-Syndroms herangezogen werden sollen. Häufig beschrieben sind Amnesien (Erinnerungslosigkeit), Anosognosie (nicht Gewahrwerden von Krankheit), Apathie (Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit), Desorientierung zu Ort und Zeit, Ataxie (Bewegungsstörung durch mangelnde Muskel-Koordination), Suggestibilität (krankhafte Beeinflussbarkeit) – und Konfabulationen.

Weitgehend akzeptiert ist die Definition: Korsakoff-Syndrom = Gedächtnisstörung plus Konfabulationen plus leichte Beeinflussbarkeit. Deshalb finden sich auch häufig bedeutungsgleich verwendet amnestisches Syndrom, amnestisch-konfabulatorisches Syndrom und Korsakoff-Syndrom. Doch Konfabulationen sind durchaus nicht entscheidend für die Korsakoff-Diagnose. Vor allem in der chronischen Phase wird oft überhaupt nicht mehr konfabuliert. Eher in der akuten und in direkter Verbindung mit genereller Konfusion (Verwirrenheit, geistiger Verwirrtheit). In späteren Erkrankungs-Stadien hängt es davon ab, wie groß das Ausmaß der Erinnerungsstörungen ist. Und in welchem Gehirn-Bereich sich entsprechende Dysfunktionen (Funktionsstörungen) abzeichnen.

Neuro-psychologisch geht es dabei nicht nur um falsche Erinnerungen, sondern auch um falsche Erinnerungs-Quellen. Außerdem können unerhebliche Erinnerungen schwer unterdrückt werden. Konfabulationen bei Korsakoff-Patienten sind demnach nicht überwiegend frei erfunden, sondern beruhen auf so genannten Quellen-Gedächtnis-Verwechslungen.

- Entsprechende Untersuchungen zeigen, dass Patienten mit *Alzheimer-Demenz* bei Untersuchungen zum autobiographischen Gedächtnis deutlich mehr konfabulieren als gesunde Ältere. Dabei ähneln diese Konfabulationen jenen von Patienten mit Korsakoff-Syndrom. Hier sind offenbar ähnliche Gehirn-Areale bedroht.

Interessanterweise können die Konfabulationen auf Grund ihrer spezifischen Äußerungen die Differentialdiagnose zwischen Alzheimer-Demenz und frontotemporaler Demenz (mit Konzentration auf Stirn- und Scheitel-Hirn) erleichtern. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

- Die erwähnte *Anosognosie* (also frei übersetzt: *ohne Wissen über die eigene Störung*) wurde schon vor weit über hundert Jahren beschrieben. Später also konkrete Unfähigkeit bezeichnet, sogar die eigene Halbseiten-Lähmung (Hemiplegie) nicht als solche zu erkennen. Heute bezeichnet man damit jegliche fehlende Krankheits-Einsicht, die nicht nur bei Hemiparesen (Halbseitenschwäche), sondern beispielsweise auch bei kortikaler Blindheit (also ohne Veränderung im Sehbereich, nur durch die entsprechenden Hirn-Funktionsstörungen ausgelöst), bei Schwerhörigkeit, Neglekt (einseitige Störung der räumlichen Aufmerksamkeit auf der Gegenseite einer Gehirn-Läsion bei jedoch erhaltener Wahrnehmung), bei Wernicke-Aphasie (bestimmte Verlust-Form des Sprachvermögens) u. a. beobachtet werden. Einzelheiten auch hier siehe die entsprechende Fachliteratur sowie die sehr detailreichen Ausführungen in dem Artikel von Frau Dr. M.-D. Heidler.

- Schließlich gibt es noch *weitere Konfabulations-Syndrome*. Dazu gehören beispielsweise das Anton-Syndrom, bei dem der Patient nicht weiß, dass er erblindet ist sowie das Split-Brain-Syndrom also die Folge einer Informationslücke in Kombination mit der Unfähigkeit, diese Lücke zu entdecken.

Und das schon mehrfach erwähnte Miss-Identifikations-Syndrom. Letzteres tritt dann auf, wenn durch Schädigung bestimmter Gehirn-Areale eine Dissoziation vorliegt. Darunter versteht man die Auflösung von Bewusstseins-Zusammenhängen zwischen kognitivem und affektivem (schlicht gesprochen: zwischen geistigem und gemüts-mäßigem) Erkennen einer Person, eines Gegenstandes oder einer Situation. Und wenn gleichzeitig die Fähigkeit zur Realitäts-Prüfung beeinträchtigt ist. Das führt zu Konfabulationen, die recht stabil sein können (und sich deshalb mitunter nur schwer von Wahn-Vorstellungen abgrenzen lassen).

## **Eine schwierige Diagnose**

In der Wissenschaft will man es gerne exakt. Das ist nachvollziehbar. Das heißt aber auch: so genau wie möglich messen, in jeglicher Form. Das ist bei Konfabulationen bezüglich Quantität (wie oft) und Charakteristik besonders schwierig.

Zum einen sind Konfabulationen häufig „intern konsistent“, d. h. nur schwer in einzelne Aussagen unterteilbar. Zum anderen muss der Untersucher über die Biographie des Patienten umfassend informiert sein. Nur so kann er auch den Wahrheitsgehalt der Aussagen beurteilen – oder eben auch nicht. Kurz: Eine

befriedigende Konfabulations-Diagnostik muss erst noch entwickelt werden, falls überhaupt möglich.

Trotzdem gibt es eine Reihe von Versuchen, die durchaus weiterführen (können). So werden Konfabulationen meist indirekt über die Gedächtnisleistungen ermittelt (Beispiele: Wortlisten-Reproduktionen, Nacherzählen von Kurzgeschichten u. a.). Eine aktuelle Diagnose-Möglichkeit stellen in bestimmten Tests die Fragen zur Orientierung, zum semantischen Gedächtnis (Wissen über berühmte Ereignisse und Personen), zum episodischen Gedächtnis (persönliche Erinnerungen von früher Episoden) und zur persönlichen Zukunft dar (z. B. was werden sie in ein paar Minuten tun?). Damit lassen sich eine ganze Reihe von diagnostischen Fragen hinreichend beantworten.

### **Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie**

Nicht nur die Diagnostik von Konfabulationen ist problematisch, gibt die Expertin zu bedenken. Auch die Therapie ist begrenzt, relativ eng begrenzt. Es ist vor allem die fehlende Awareness für Defizite, die den Rehabilitationserfolg anosognostischer (s. o.) Patienten limitiert (Awareness, früher auch als Compliance bezeichnet: Begriff für Therapietreue im Allgemeinen oder Einnahme-Zuverlässigkeit von Medikamenten im Speziellen u. a.). Da die Anosognosie meist an die Konfabulationen gekoppelt ist, ist auch wenig zu erreichen. Eine erhöhte Sensibilität für Konfabulationen und ähnliche Beeinträchtigungen würde zwar Zugänglichkeit und Ansprechbarkeit für therapeutische Maßnahmen erhöhen. Doch wie erreicht man das, fragt die Autorin als Mitarbeiterin einer Abteilung für Neurologie – mit Recht.

Denn ein kontinuierliches Ansprechen der Defizite kann diese Kranken in Bedrängnis bringen. Erwerb und Anwendung entsprechender Strategien setzen eine gewisse Motivation voraus, die hier nicht gegeben ist.

Deshalb haben – so sonderbar sich das anhört – eher Patienten nach Läsionen entsprechender Gehirn-Regionen eine bessere Prognose. Das Gehirn ist in gewissen Grenzen sehr plastisch, kann sich wechselseitig gleichsam in der geforderten Leistung kompensieren. Dadurch können spontan konfabulierende Patienten nicht selten nach einigen Monaten ihren Realitätsbezug wiederfinden. Das heißt, vor allem was den praktischen Alltag, insbesondere das familiäre und berufliche Umfeld anbelangt. Und hier vor allem unnötigen Stress vermeiden.

Außerdem scheint eine unterstützende pharmakologische Möglichkeit gegeben: Die subcortikalen Regionen des Gehirns sind in die Filter-Funktion des limbischen Systems eingebunden und damit Bestandteil des dopamin-ergen Belohnungs-Systems, so die Fachsprache. Für den Alltag heißt dies, entsprechende Psychopharmaka mit Wirkung auf den Neurotransmitter (Botenstoff)

Dopamin zur Behandlung spontaner Konfabulationen zumindest zu versuchen.

## LITERATUR

Sehr spezielles Thema und damit hoch-spezialisiertes und interdisziplinäres Arbeitsgebiet. Im Rahmen der Gehirnforschung jedoch bedeutsam, weshalb der derzeitige unbefriedigende Zustand, was eine effiziente Diagnostik- und Therapie-Möglichkeit anbelangt, eines Tages vielleicht effektiveren Möglichkeiten weichen dürfte. Die Fach-Literatur ist überwiegend englisch-sprachig. Einzelheiten siehe das Literatur-Verzeichnis des hier zitierten Beitrags. Nachfolgend deshalb nur eine Auswahl deutschsprachiger Fachbücher zum (erweiterten) Thema:

*Bonhoeffer, K.:* **Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker.** Gustav-Fischer-Verlag, Jena 1901

*Borsutzky, S. u. Mitarb.:* **Testbatterie zur Erfassung von Konfabulationstendenzen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2006

*Goffman, E.A.:* **Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1973

*Prosiegel, M. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Klinische Hirnanatomie. Funktion und Störung zentral nervöser Strukturen.** Pflaum-Verlag, München 2002

*Radau, J.:* **Erworbene Sprach- und Sprechstörungen.** In: M. Prosiegel u. Mitarb. (Hrsg.): **Klinische Hirnanatomie. Funktion und Störung zentralnervöser Strukturen.** Pflaum-Verlag, München 2002

*Ramachandran, V.S., S. Blakeslee:* **Die blinde Frau, die sehen kann. Rätselhaftes Phänomene unseres Bewusstseins.** Rowohlt-Verlag, Reinbek 2002

*Rosenfield, I.:* **Das Fremde, das Vertraute und das Vergessene. Anatomie des Bewusstseins.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1999

*Schulz, A.:* **Gedächtnistäuschungen bei Alkoholikern und Patienten mit dem Korsakow-Syndrom.** Inaugural-Dissertation. Ruhr-Universität Bochum, 2003

*Stiegnitz, P.:* **Die Lüge – Das Salz des Lebens.** Edition Va Bene, Wien 1997