



EDITION DONAU-UNIVERSITÄT KREMS

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Александр Романович Лурия
Alexander Romanowitsch Lurija – zum 30. Todestag
Neuropsychologie und biopsychosoziale Therapie
als integrative Ansätze

- **Hilarion Petzold, Natalia Michailowa:** A. R. Lurija -
ein integrativer Denker, Forscher und Praxeologe

Oliver Sacks, Nachruf Alexander Lurija

Alexander R. Lurija: Die Stellung der Psychologie unter den
Sozial- und den Biowissenschaften

Viktor Belopolskij: Psychologie in Russland: 30 Jahre nach
Alexander R. Lurija

Evgenia Homskaya: Alexander R. Lurija und die Psychologie

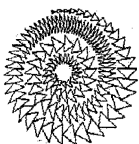
Natalia Grebennikova: Lurija und die Psychotherapie

Janna Glozman: Die Bedeutung Lurijas für die Psycho-
traumatologie

Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper: Perspektiven zur
Willensfrage in der Integrativen Therapie

Josef Egger: Theorie der Körper-Seele-Einheit:
Das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell

Buchbesprechungen
25 Jahre EAG



Janna M. Glozman¹

Die Bedeutung von A. R. Lurija für die moderne Psychotraumatologie

1. A. R. Lurija - Psychoanalyse und kulturhistorische Psychologie

Trotz tiefgreifender Analysen von *Lurijas* Werk und seiner Persönlichkeit gibt es in der westlichen Literatur über ihn viele falsche Vorstellungen und Mythen, unter anderem, was seinen Bezug zur Psychoanalyse und seine Beziehung zu *S. Freud* anbetrifft. Im Jahre 1922 schrieb *Lurija* sein erstes größeres Buch (mehr als 200 Seiten): „Prinzipien einer realen Psychologie“, das er indes nicht veröffentlichte. Das Manuskript befand sich bis 2003 in *Lurijas* Archiven. Es ist wirklich fantastisch, dass ein 20 Jahre alter Psychologe, der gerade seinen Universitätsabschluss erhalten hatte, in diesem Buch **die Hauptprinzipien einer psychologischen Disziplin** formulierte:

- Die Psychologie sollte sich mit folgenden Hauptprinzipien befassen: mit der konkreten Persönlichkeit, dem lebendigen Menschen als *biologischer, sozialer* und *psychologischer* Einheit²,
- sowohl die Regelmäßigkeiten im Individuellen als auch die als von Einzigartigkeit bestimmten Dimensionen untersuchen, das heißt eine Beschreibung von individuellen, einzigartigen Prozessen mit der Untersuchung von gesetzmäßigen, regelhaften Prozessen kombinieren,
- den individuellen menschlichen Geist als ein Ganzes und die besonderen mentalen Phänomene als Funktionen, Elemente dieses Ganzen untersuchen, die sich in dieser konkreten menschlichen Persönlichkeit mit der Möglichkeit entwickeln, sich durch die Transformation sozialer Bedingungen zu verändern,
- und die individuellen Bedeutungen der untersuchten psychologischen Phänomene für das Leben der konkreten Persönlichkeit studieren.

Lurija entwickelte und befolgte diese Prinzipien sein ganzes Leben lang. Sie wurden von seinen Studenten und Schülern übernommen und bildeten die methodologische Grundlage der russischen, beziehungsweise sowjetischen Neuropsychologie.

Im selben Buch zeigt *Lurija* seine damaligen Quellen dieser Prinzipien auf:

- die Verhaltenswissenschaften und ihre motivationalen Anliegen,
- die Reflexologie *Bechterevs* und
- die Psychoanalyse *Freuds*.

Die Analyse von *Lurijas* Hauptwerken zeigt, dass er wesentliche psychoanalytische Ideen, wie er sie sah, immer geteilt hat: eine ganzheitliche und dynamische

¹ Diese Arbeit wird durch eine Beihilfe der RFFI 07-06-00039 unterstützt; aus dem Fachbereich Psychologie der Staatsuniversität Moskau.

² Hier findet sich einer der frühesten Ansätze zu einer bio-psycho-sozialen Theorie in der Psychologie (Anm. HP).

Herangehensweise an die Persönlichkeit, die biologische und soziale Determiniertheit der Persönlichkeitsentwicklung und die wechselseitigen Beziehungen zwischen Äußerem und Innerem und zwischen Bewusstem und Unbewusstem³.

Lurija organisierte in seiner Heimatstadt Kazan eine „Psychoanalytische Studiengruppe“ – Kazan ist eine alte Universitätsstadt von damals ungefähr 140 000 Einwohnern am Wolgafluss, die circa 1000 km östlich von Moskau liegt. Auch *Bechterev* begann hier Ende des 19. Jahrhunderts seine Studien. Das erste Treffen der „Psychoanalytischen Studiengruppe“ wurde am 7. September 1922 abgehalten. Dazu wurde *Sigmund Freud* eine Mitteilung gesandt, und *Lurija* bekam bald von *Freud* eine Antwort auf diesen Brief, verfasst in der gotischen deutschen Schrift (das Dokument befindet sich noch in *Lurijas* Unterlagen), und in der *Freud* dem Präsidenten, wie er den 20-jährigen *Lurija* anredet, seine Grüße ausrichtet und die Erlaubnis erteilt, sein Werk zu übersetzen (Abb. 1).

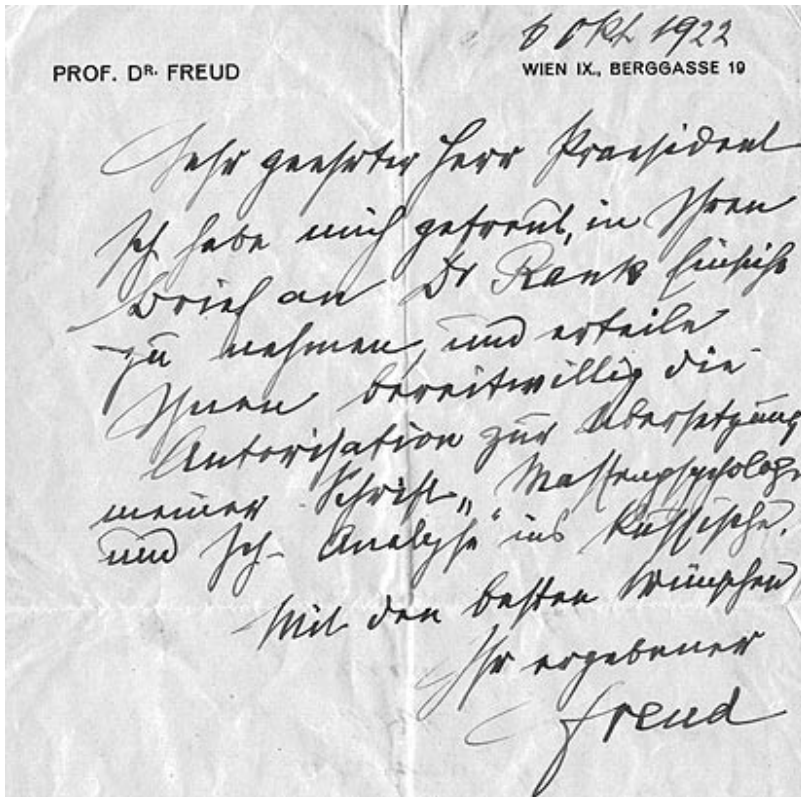


Abb. 1: Der erste Brief von S. Freud an A. R. Lurija

³ In dieser Betonung von Prinzipien zeigt sich schon eine recht eigenständige Lektüre und Interpretation des *Freud*-schen Denkens durch *Lurija*, der hier schon dem Sozialen eine weitaus größere Bedeutung zumäßt als der Begründer der Psychoanalyse und dessen eher assoziationspsychologisch-atomistische Sichtweise. ganzheitstheoretisch Interpretierte, zwei Gedankenlinien, die *Lurija* in seinem Lebenswerk konsequent und weit über *Freud* hinaus- ja von im wegführend (*Lurija* 1993) - zu realisieren trachtete. (Anmerk. HP)

Die Psychoanalytische Studiengruppe in Kazan wurde Mitglied des Verbandes Internationaler Psychoanalytiker und der Russischen Gesellschaft für Psychoanalyse. *Lurija* war dabei eine ihrer führenden Persönlichkeiten, nachdem sie auf Einladung des Direktors des Moskauer Instituts für Psychologie im Jahre 1923 nach Moskau übersiedelte.

1923 veröffentlichte *Lurija* das Buch „Psychoanalyse im Lichte der Grundtendenzen moderner Psychologie“, das *Freud* übersandt wurde. Hier ist die Empfangsbestätigung von *Freud* (Abb. 2).

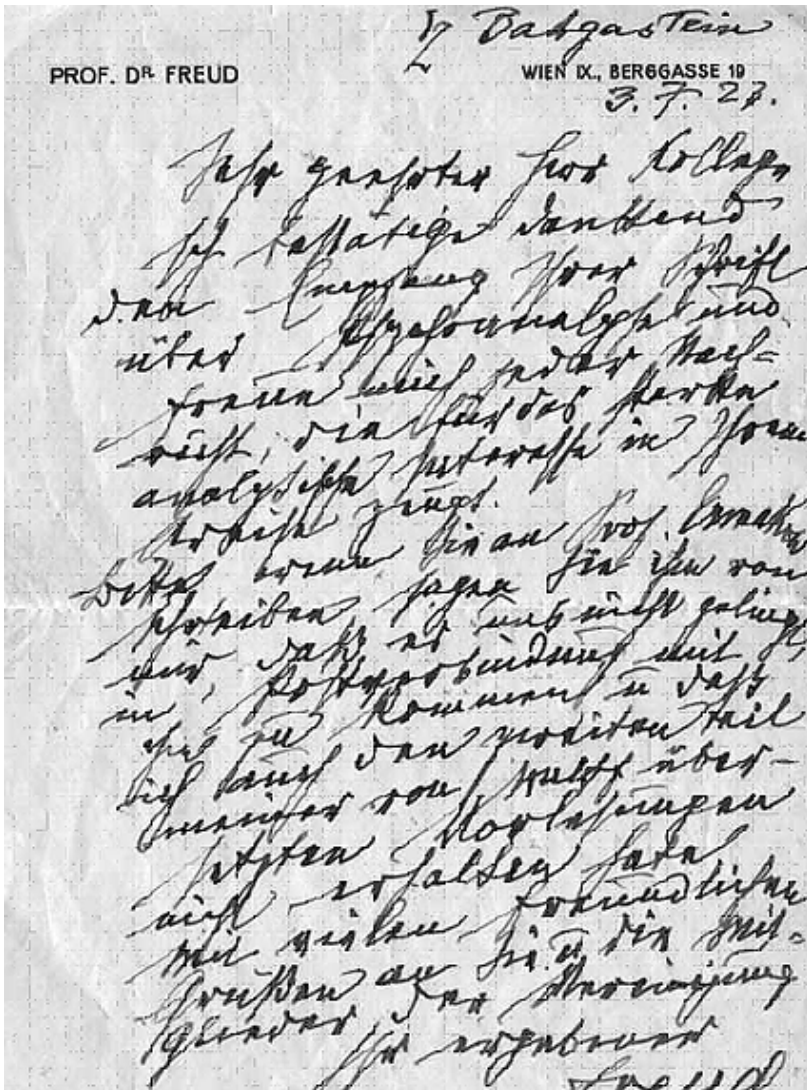


Abb. 2: Der zweite Brief von S. Freud an A. R. Lurija

Selbst als psychoanalytische Studien in der Sowjetunion offiziell verboten wurden (die Russische Gesellschaft für Psychoanalyse wurde am 27. Juli 1930 geschlossen), veröffentlichte *Lurija* einen Artikel mit dem Titel „Psychoanalyse“ in der Großen Sowjetischen Enzyklopädie (*Lurija* 1940). Man könnte annehmen, dass auch die „monographische Beschreibung“ von Einzelfällen in *Lurijas* Werk von *Freud* beeinflusst wäre, der für seine Aussage bekannt ist, dass er jede Fallgeschichte als Roman schrieb⁴. Während der 20er Jahre begannen *A. R. Lurija* und *L. S. Vygotsky* ihre ersten Experimente mit Patienten mit Hirnschäden. Dies war der Anfang eines Übergangs von der *Psychoanalyse* zu einer *Kulturanalyse*, das heißt zu einer *kultursensiblen Revision der Psychologie*. Es wurde nachgewiesen, dass die neuropsychologische Struktur kognitiver Prozesse und deren Auflösung nur im Zusammenhang mit Entwicklung und Kultur zu verstehen sind, und dass wir über den Organismus hinaus gehen müssen, um die Ursachen spezifisch menschlicher Formen von psychologischer Aktivität zu entdecken. *Jerome Bruner* betonte „die Kraft dieser Art und Weise, die unentwirrbare Beziehung zwischen Geist, Gehirn und Kultur zu betrachten“ (*Bruner* 2004, S. XIII).

Lurija beschrieb diesen Ansatz 1932 in seinem Buch „The Nature of Human Conflicts“ (seine zukünftige Psychologie-Dissertation, die er 1936 verteidigte). „Die Analyse der komplexen kulturellen Mechanismen ist der Schlüssel zum Verständnis von einfachen neurodynamischen Prozessen. Wir haben sie mit nur wenigen psychophysiologischen Prozessen durchgeführt, sind jedoch davon überzeugt, dass dieses System der Untersuchung viele Rätsel der Humanpsychologie löst.“ (*Lurija* 1932, S. 428).

J. Bruner (1992) schrieb, dass dieses Buch Licht auf klassische Probleme werfe, denen man beim Studieren von Motivation und Persönlichkeit gegenüber steht. Das Buch wurde in Russland erst 2003 veröffentlicht. *Oliver Sacks* berichtet, dass der junge *Lurija* dieses Buch *Ivan Pavlov* brachte, der es streng kritisierte, weil *Lurija* Verhalten als ein Ganzes beschrieb und nicht in seinen Elementen. *Pavlovs* Kritik reichte aus, dass dieses Buch 70 Jahre lang unveröffentlicht blieb.

Auch wenn viele Amerikaner *Pavlov* für einen Psychologen halten, vielleicht weil seine Methoden zur Untersuchung konditionierter Reflexe zwischen 1920 und 1960 von der amerikanischen Psychologie aufgenommen wurden, lehnte es *Pavlov* zeitlebens ab, mit Psychologie in Verbindung gebracht zu werden. Russische Psychologen gaben dieses Kompliment zurück. *Lurija* räumte ein, dass die *Pavlovschen* Reflexe als die materielle Basis des Geistes dienen könnten, sie spiegelten allerdings nicht die Struktur komplexen Handelns wieder oder die Eigenschaften höherer geistiger Prozesse wie Erinnern, willentliche Aufmerksamkeit, Problemlöseverhalten, Sprache usw.

⁴ *Lurija* (1993, 182) selbst nennt hier aber den englischen Literaten *Walter Horatio Pater* (1839 -1894) mit seinen „Imaginären Portraits“ (*Pater* 1887) als Quelle und Anstoß, „nur dass meine ‚Helden‘ keine imaginären Personen waren. In beiden Geschichten beschrieb ich eine reale Person und die Gesetze ihres geistigen Lebens“, so *Lurija* (1993, 182). (Anm. HP).

„Genauso wenig wie die Eigenschaften von Wasser unmittelbar daher ermittelt werden können, dass Wasser aus zwei Wasserstoffatomen und einem Sauerstoffatom besteht, können die Eigenschaften eines psychologischen Prozesses wie zum Beispiel willentlich gerichteter Aufmerksamkeit nicht daraus hergeleitet werden, dass man weiß, wie einzelne Zellen auf neue Reize reagieren. In beiden Fällen müssen die Eigenschaften des „Systems“ – im einen Fall Wasser, im anderen Fall gerichtete Aufmerksamkeit – als qualitativ verschieden von den Einheiten, aus denen sie bestehen, verstanden werden.“ (Lurija 1979, S. 31).

2. Lurijas Ansatz zur Untersuchung von Persönlichkeitsveränderungen nach Hirnverletzungen

Ein weiteres herausragendes Merkmal von Lurijas Herangehensweise an die Untersuchung menschlicher Verhaltenweisen und Persönlichkeit ist die *strukturelle systemische Analyse*. „In fast all unseren Arbeiten, die sich mit der Untersuchung der Besonderheit von desorganisiertem menschlichem Verhalten befassen, zeigt sich ein Charakteristikum. Viele Autoren versuchten, die generelle Struktur (normalen) menschlichen Verhaltens zu verstehen, aber sie *scheiterten*, wenn sie Prozesse wie Affekte, Konflikte und Neurosen untersuchten... Wir haben bei der Untersuchung der Prinzipien von organisiertem Verhalten mit einer Vorstellung von Entwicklung und einem strukturellen Schema von Verhalten angesetzt, welches sich in verschiedenen Entwicklungsstadien unterscheidet. Wir sollten deshalb diese Vorstellung auch beibehalten, wenn wir an die Untersuchung von desorganisiertem Verhalten gehen“ (Lurija 1932, S. 10-11). Mit anderen Worten: Lurija führte das Problem des Affekts in seine Studien zur Persönlichkeit und ihrem aktiven Verhalten ein.

In diese Studien bezog Lurija oft Beobachtungen seiner Patienten mit Aphasien ein, das heißt mit beeinträchtigten Sprachfunktionen, die für Lurija einen eminenten Faktor von Verhalten darstellen. Wir entschieden uns, Lurijas Ansatz bei der Untersuchung von Persönlichkeitsveränderungen bei Patienten mit Kommunikationsstörungen, wie Aphasien, zu folgen (Glozman 2004).

Ein systemischer Ansatz in Bezug auf Kommunikation beinhaltet die Notwendigkeit, ihre Komponenten beziehungsweise ihre Verknüpfungen zu unterscheiden, und dann zu analysieren, *wie* und *warum* die jeweilige Komponente durch verschiedene Pathologien gestört sein kann, wie diese Defekte mit der Pathologie von anderen mentalen Formationen – insbesondere der Bildung von Persönlichkeit – verbunden sind. Dann erst können letztlich die Chancen für ihre Korrektur in Erwägung gezogen werden. Auf diese Art und Weise hat sich A. R. Lurija dem Thema der höheren mentalen Funktionen genähert: sein Ausgangspunkt war jeweils die Analyse der psychologischen Struktur der Funktion als einem *funktionellen System*. Dann fuhr er mit der Beschreibung der Syndrome und der Störungen des Systems fort. Es ist kein Zufall, dass Lurijas Hauptwerk heißt: „Höhere kortikale Funktionen und ihre Störung nach lokalen Hirnschädigungen“ (Lurija 1962/1966).

Wenn wir über die wesentlichen Bestandteile kommunikativer Aktivität sprechen, müssen wir bedenken, dass zumindest drei miteinander verbundene Bestandteile intakt bleiben müssen, damit diese Aktivität erfolgreich umgesetzt werden kann:

1. die motivationale Komponente (Bedürfnis nach kommunikativer Aktivität),
2. die Komponente der operational-technischen Fähigkeiten zur Kommunikation, und letztlich
3. die Komponente von Kontrolle und Beobachtung dieser Aktivität (Abb.3).

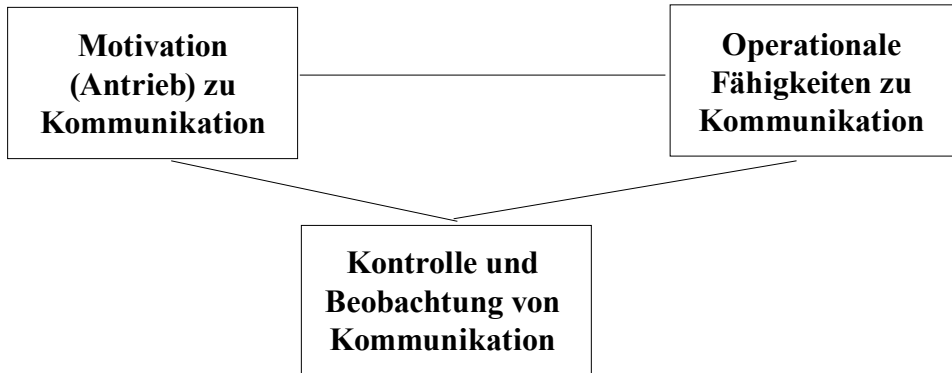


Abb. 3: Drei Bestandteile der Struktur von Kommunikation

Jeder Bestandteil kann also als ein System repräsentiert werden. Aphasie führt zu *Widersprüchen zwischen den operationalen Möglichkeiten (vor allem verbalen) und den Motiven, zu kommunizieren*. Der Patient/die Patientin wird sich dieser Widersprüche mehr oder weniger bewusst, ohne dazu in der Lage zu sein, sie in Einklang mit seinen oder ihren eigenen generellen Lebenszielen und persönlichen Werten produktiv aufzulösen. Dies führt zur Bildung von psychologischen Abwehrmechanismen, beziehungsweise Mitteln, die gestörte Interaktionsfähigkeit abzapfen, was sich in Veränderungen der Persönlichkeit auswirkt.

Trotz der Tatsache, dass Persönlichkeitsveränderungen als eines von mehreren Symptomen von Aphasien in vielen Studien erwähnt wurden, enthält die Literatur über Aphasien praktisch keine experimentellen Untersuchungen zur Persönlichkeit von Aphasie-Patienten. Hier liegen also Probleme vor, die in der Tradition von *Lurija* weiter untersucht werden müssen, denn Neuropsychologen und Sprachtherapeuten sollten sich der Persönlichkeitseigenschaften ihrer Patienten bewusst sein, um zu einer exakten Beschreibung des Syndroms und damit zu einer Prognose und zu besseren therapeutischen Strategien im Kampf gegen diese Störung zu kommen.

Was ist der psychologische Inhalt oder die Phänomenologie von Persönlichkeitsveränderungen bei Aphasien? Ist das Syndrom homogen? Wie entstehen die Veränderungen, und ist es möglich, sie während der Rehabilitation der

Patienten zu beheben? Beim Versuch, diese Fragen zu beantworten, haben wir es mit bestimmten **methodologischen Problemen** zu tun.

Bei der Untersuchung dieser Probleme ist es erstens notwendig, die persönlichen Charakteristika auszuwählen, die von besonderer Bedeutung für die Persönlichkeitsstruktur einer Person sind, einschließlich des Systems ihrer Interaktion mit der Welt. Mit anderen Worten ist es bei der Untersuchung von Persönlichkeit wichtig, die psychologischen Formationen zu finden, die als Ergebnis der Prozesse auftreten, die die Persönlichkeit einer Person bilden, und die wiederum die Haltung der Person gegenüber der Umwelt, aber auch gegenüber ihrem eigenen Status, ihren Funktionen, Rollen und ihrem eigenen Charakter bestimmen. Diese psychologischen Formationen der Persönlichkeit könnten sich auf bestimmte Weise während der Ontogenese in einer reifen Persönlichkeit unter dem Einfluss von Statusveränderungen und in Systemen von sozialer und persönlicher Interaktion verändern. Einer der häufigsten Gründe für solche Veränderungen ist eine Krankheit, die in völliger oder teilweiser Invalidität und dem Verlust der Arbeitsfähigkeit mündet, wie zum Beispiel eine ernsthafte Hirnerkrankung (Schlaganfall, Kopfverletzung, Tumor, etc.), die zu Sprachstörungen führt.

Zweitens sollten diese Charakteristika lediglich dynamische Formationen sein, die auf sehr subtile Art und Weise auf Veränderungen der Lebensbedingungen und Handlungspotentiale der Person bei ihren Lebensaktivitäten ansprechen.

Drittens ist es notwendig, Methodologien auszuwählen, die der Arbeit mit Patienten mit Sprachstörungen angemessen sind, was bedeutet, dass sie non-verbale Antworten der Patienten analysieren, um diese Charakteristika zu untersuchen.

Viertens ist es notwendig, ein Kontrollsystem zur Besonderheit von Persönlichkeitsveränderungen innerhalb der Aphasie-Betroffenen im Unterschied zu anderen nosologischen Gruppen zu gewährleisten, das heißt, zum Beispiel Kontrollgruppen von Patienten mit Hirnschäden ohne Aphasie einzurichten. Eine solche Kontrollstudie von *G. Prigotano* (1987) bestätigte nicht die Aussage von *D. Benson*, der depressive emotionale Reaktionen mit motorischer Aphasie in Verbindung brachte, da sie auch bei hirngeschädigten Patienten ohne Aphasie auftraten. Paranoide Reaktionen, die bei sensorischer Aphasie beschrieben wurden (*Benson* 1973), wurden auch bei tauben Personen entdeckt (*Seron, Vanderlinden* 1988). Daher sind sie wahrscheinlich spezifisch für Störungen des Sprachverständnisses.

Diese Liste von Schwierigkeiten könnte noch erweitert werden. Im Weiteren soll gezeigt werden, wie wir versucht haben, in der Tradition von *Lurija* forschend, diese Schwierigkeiten in der experimentellen Untersuchung zur **Selbsteinschätzung (self appraisal) von Aphasie-Patienten** zu überwinden.

Einer der Hauptaspekte einer Persönlichkeit ist die Ausbildung und der Gewinn einer persönlichen Selbsteinschätzung. Die Selbsteinschätzung ist unmittelbar mit dem

Problem der Selbstbewusstheit verbunden und ist ein verallgemeinertes Ergebnis der eigenen Selbstwahrnehmung und der eigenen emotionalen Selbstbewertung.

Die Selbsteinschätzung ist auch mit dem psychologischen Mechanismus der Selbstverteidigung verbunden, dient als Kompensation in Fällen von innerer Ablehnung sich selbst gegenüber. Sie gewährleistet die sozial-psychologische Anpassung des Subjekts an ungünstige Bedingungen (*Zeigarnik*⁵ 1971). Sie gewährleistet die Selbstakzeptanz des Individuums, und ist, wie durch psychologische Untersuchungen gezeigt werden kann, mit der Akzeptanz von anderen verbunden. Selbstakzeptanz wird dann ein Instrument der Selbstausrichtung, die die Verbindung des Individuums mit der äußeren Welt gewährleistet. Sie bestimmt in großem Ausmaß die Art des sozialen Verhaltens des Individuums und seine Anteilnahme und Produktivität bei Aktivitäten. Das Niveau der Selbsteinschätzung der Person und ihre erfolgreiche Umsetzung bestimmen in großem Maße den Prozess von neuen Zielsetzungen und zeigen die Perspektive von zukünftigen Beziehungen auf.

Man muss berücksichtigen, dass Selbsteinschätzung ein dynamischer Prozess ist, der sich über den gesamten Prozess der Ontogenese hin erheblich verändert und der von Lebensumständen beeinflusst ist, sowie ggf. von pathologischer mentaler Aktivität. Daher kann die Entwicklung von Selbsteinschätzung als einer der wichtigsten Indikatoren für die Reife aber auch für die Psychopathologie der Persönlichkeit angesehen werden (*Zeigarnik* 1971).

All dies zeigt die Wichtigkeit von Studien zur Selbsteinschätzung im Kontext von Untersuchungen der Persönlichkeit von Aphasie-Patienten. Man kann vermuten, dass grobe Störungen der generellen und der verbalen Kommunikation des Patienten, die sein gesamtes System von Bezügen zur äußeren Welt verändern, seine Selbstwahrnehmung, seine Haltung zu sich selbst und seine Haltung gegenüber anderen beeinflussen kann, und sich in Veränderungen seiner Selbstwahrnehmung, insbesondere ihrer Stabilität, Angemessenheit, etc. zeigen wird. In diesem Fall, scheint uns, sollte die Rehabilitation und die daraus folgende Steigerung der kommunikativen Potentiale die veränderte Selbsteinschätzung beeinflussen, sodass sie das Niveau der Selbsteinschätzung vor der Krankheit erreichen kann.

Es scheint, dass der Grad an Veränderung der Selbsteinschätzung sich bei unterschiedlichen Persönlichkeiten qualitativ unterscheiden kann. Diese Annahme basiert auf der Tatsache, dass, wie wir wissen, die Selbsteinschätzung eine komplexe Struktur hat und viele Parameter beinhaltet, wie zum Beispiel die Wahrnehmung des Patienten von sich selbst, von seiner sozialen Rolle, seiner Haltung anderen gegenüber, seinem Gesundheitszustand, Zielen, Wünschen, Zukunftsplänen, etc. (*Rogers* 1951).

⁵ *B. Zeigarnik*, eine bedeutende russische Psychologin, studierte und promovierte bei *Kurt Lewin* über das Problem unerledigter Handlungen (sie entdeckte den sog. „Zeigarnik-Effekt“). Sie kehrte nach Russland zurück und arbeitete u. a. mit *Vygotskij* und *Lurija* zusammen. (Anm. HP).

Die Annahmen über die komplexe Natur der Struktur von Selbsteinschätzung spiegelt sich in den Untersuchungsmethoden zur Selbsteinschätzung wieder, die im Allgemeinen mehrere Modelle mit einbeziehen. Die populärste Methode ist die der Polaritätenprofile von *T. Dembo*⁶, die von *S. Y. Rubinstein* (1970) modifiziert wurde. Dieser Methode nach zeigt die untersuchte Person auf eine Stelle einer geraden Linie (deren Endpunkte auf entgegengesetzte Qualitäten zeigen), die ihrer Meinung nach dem Maß entspricht, in dem diese Qualitäten zur Geltung kommen. Die Entfernung der markierten Stelle vom Ende der Linie zeigt ihren quantitativen Ausdruck. Im Allgemeinen werden bei der Untersuchung der Selbsteinschätzung mit Hilfe dieser Methode Skalen zum Gesundheitszustand, Charakter, Intellekt und Glück vorgeschlagen.

Wir glauben jedoch, dass es bei der Untersuchung der Selbsteinschätzung wichtig ist, Qualitäten hervorzuheben, die auf das Bedeutungssystem des Patienten hinweisen, sich unter dem Einfluss von äußeren Bedingungen dynamisch verändern, und welche in Veränderungen des sozialen Status des Patienten und seiner Lebenslage münden. Es sind diese Qualitäten, die das Ausmaß von Sprachstörungen und die Effektivität des Prozesses der Rehabilitation bei Aphasien beeinflussen können.

In unserer Studie (*Glozman, Tsyganok* 1983) nahmen wir zunächst nur die persönlichen Charakteristika, welche mehr mit der verbalen Kommunikation verbunden sind, und welche die Dynamik einer Persönlichkeit wiedergeben. Mit Berücksichtigung der Tatsache, dass die Einstufung von den Patienten selbst ausgeführt wurde und nicht von ihren Verwandten, benutzten wir als nächstes Definitionen von geschätzten Qualitäten, die von Aphasie-Patienten leicht verstanden werden konnten. Diese beinhalteten eine ausführliche Beschreibung jeder Qualität mit mehreren synonymen Aussagen (zum Beispiel: „Ich bin ein Einsiedler, ich mag die Gesellschaft von Menschen nicht, es fällt mir schwer, Freundschaften zu schließen.“ / „Ich bin gesellig, mag die Gesellschaft von Menschen, schließe schnell Freundschaften.“).

Die Untersuchung der Veränderungen von persönlichen Charakteristika wurde entsprechend durch vier Qualitätsgruppen (22 Qualitäten insgesamt) ausgeführt: Kommunikationsfähigkeit, emotional-volitionale Qualitäten, aktive Beteiligung an Aktivitäten und Haltungen gegenüber anderen. Die Patienten mussten dazu in der Lage sein, zu lesen. Das Experiment wurde unter der Beteiligung eines Pädagogen ausgeführt, der vorlas und das Verständnis des Patienten in Bezug auf das Gelesene *beständig kontrollierte*. Die Kontrolle wurde sowohl mittels einer Einschätzung der gemeinsamen verbalen und emotionalen Reaktionen, als auch auf der Grundlage von ähnlichen Antworten zu synonymen oder semantisch ähnlichen Beschreibungen (zum Beispiel: „Ich bin sehr unausgeglichen“ und „Ich bin sehr leicht irritiert“), und widersprüchlichen Antworten zu sich ausschließenden Bewertungen („Ich bin sehr unausgeglichen“ und „Ich bin sehr gefasst“).

⁶ *Tamara Dembo*, gleichfalls eine *Lewin*-Schülerin (Anm. HP).

Um die Frage zu beantworten, in welchem Ausmaß die entdeckten Veränderungen der Selbsteinschätzung das Ergebnis aphasischer Kommunikationsstörungen und nicht lediglich eine Abbildung des Krankheitseinflusses, oder der Hospitalisierung oder der Invalidität, etc. sind, bezogen wir in das Experiment eine Kontrollgruppe neurologischer Patienten mit schwerwiegenden Störungen der spinalen Wirbelsäule und der peripheren Bereiche des Nervensystems ein. Diese wurden in derselben Klinik für Nervenkrankheiten der Moskauer Sechenov Akademie für Medizin behandelt, in der die Aphasie-Patienten aufgenommen wurden.

Weiterhin setzten wir die folgende Modifikation der Methode des Polaritätenprofils ein, um Veränderungen der Selbsteinschätzung, die in Folge der Krankheit auftraten, festzustellen und diese von der Selbsteinschätzung vor der Krankheit zu unterscheiden: der Patient wurde gebeten, auf der 10 cm langen Linie zwei Punkte verschiedener Farbe zu markieren, welche die geschätzte Qualität vor der Krankheit und zum aktuellen Zeitpunkt zeigen. Wir maßen den Abstand zwischen diesen Punkten – die Diskrepanz der Selbsteinschätzungen. Anders als bei der traditionellen Version der Polaritätenprofile wurde es nun möglich, nicht nur festzustellen, wie die Patienten sich momentan einschätzten, sondern auch wie sie die Veränderungen einschätzten, die aus der Krankheit resultierten. Eine solche Beurteilung wurde an zwei Messzeitpunkten vorgenommen: bevor die Patienten zur Rehabilitationsbehandlung angenommen wurden und am Ende der reedukativen Massnahme.

Wie man weiß, ist das Fehlen von Extremen beim Vorgang der Beurteilung ein Indikator für angemessene Selbsteinschätzung beim normalen Individuum. Das heißt, die gesunden Personen versuchen sich auf der Skala so zu platzieren, dass ihr Platz in der Nähe des durchschnittlichen Maßes an Ausprägung einer Eigenschaft ist (S. Y. Rubinstein, 1970). Daher berechneten wir die Extreme in der Selbsteinschätzung (unangemessene Selbsteinschätzung⁷) für zwei Patientengruppen: Patienten mit Läsionen der vorderen Bereiche der Sprachregion (efferente, afferente und komplexe motorische Aphasie nach *Lurijas* Klassifikation von Aphasien) und Patienten mit Läsionen der hinteren Bereiche der Sprachregion (sensorische, akustisch-mnestische und komplexe sensorische Aphasie).

Die Analyse der Ergebnisse zeigte, dass die Selbsteinschätzung in beiden Patientengruppen in hohem Maß gestört war, wobei die Veränderungen bei Patienten mit Läsionen in den hinteren Bereichen des Gehirns vorrangig betroffen waren. Die Anzahl der Extrembewertungen erreichte 45% (bei manchen Patienten waren es bis zu 80%) von der Gesamtzahl der Bewertungen. Bei Patienten mit Läsionen der vorderen

⁷ Ohne Zweifel ist der Begriff „unangemessene Selbsteinschätzung“ bei der Beurteilung extremer Antworten von Aphasie-Patienten eher relativ, da die Schwere der Krankheit den Patienten dazu führt, dass er sich in Bezug auf sich strenger beurteilt. Trotzdem ermöglichten uns die extremen Selbsteinschätzungen sowohl am negativen als auch am positiven Pol und ihre Verteilung auf der Kommunikationsskala und in den verbleibenden drei Gruppen von Eigenschaften diesen Indikator als einen Ausdruck gestörter Selbsteinschätzung der Patienten zu sehen, da in der Kontrollgruppe extreme Einschätzung praktisch fehlten (1,5% der gesamten Einschätzungen).

Bereiche war der Anteil kleiner, wobei er zu Beginn des Reeducationsprogramms 27,5% erreichte. Es wurde festgestellt, dass die Unangemessenheit der Selbsteinschätzung nicht altersabhängig ist. Wir konnten auch keine bedeutsame Korrelation zwischen der Dauer der Krankheit und ihrem Ausmaß finden (was noch einmal betont, dass wir es mit Persönlichkeitsstörungen und nicht mit der angemessenen persönlichen Reaktion auf die Krankheit zu tun haben). Die Rehabilitation beeinflusst die Angemessenheit der Selbsteinschätzung von Patienten mit Läsionen der vorderen Hirnregionen nachweisbar positiv und reduziert die Anzahl extremer Beurteilungen fast um die Hälfte, ohne eine signifikante Auswirkung bei der Patientengruppe mit Läsionen der hinteren Bereiche der Sprachregion zu zeigen.

In Kombination mit den Ergebnissen einer größeren Menge unangemessener Antworten in dieser Patientengruppe zeigt dies ein größeres Ausmaß gestörter Selbsteinschätzung bei Patienten mit Läsionen der hinteren Bereiche der Sprachregion.

Das Experiment zeigte im Weiteren, dass Aphasie-Patienten eine eindeutige Diskrepanz in der Selbsteinschätzung (zwischen 10 und 25%) vor und nach dem Einsetzen der Krankheit auf drei Skalen zeigten: emotional-volitionale Eigenschaften, aktive Anteilnahme an Lebensaktivitäten und Kommunikation (7 bis 9 mal höher als in der Kontrollgruppe), anders als die Kontrollgruppe neurologischer Patienten ohne Aphasie, deren selbst geschätzte Charakteristika übereinstimmten (bei einer durchschnittlichen Diskrepanz von 0,2 cm / 2%); das heißt, die Patienten waren vor allem der Meinung, dass die Krankheit ihre eingeschätzten Eigenschaften nicht beeinträchtigt hatte). Die Skala von Eigenschaften, die Haltungen anderen gegenüber anzeigte, stellte sich als eher stabil heraus.

Das bedeutet, dass die Veränderung der Selbsteinschätzung der Aphasie-Patienten nicht aus der Krankheit resultierte, also dem Verlust der Arbeitsfähigkeit und der Hospitalisierung, sondern aus der gestörten Fähigkeit, sowohl verbal als auch non-verbal zu interagieren – eine Tatsache, die das gesamte System sozialer Interaktion der Patienten beträchtlich verändert.

Die Diskrepanz in der Selbsteinschätzung war auf allen Skalen in der Gruppe der Patienten mit Läsionen der vorderen Hirnregionen höher als bei Läsionen der hinteren Regionen. Es wurde weder eine Korrelation mit dem Geschlecht noch mit dem Alter festgestellt.

Die Analyse der Ergebnisse, die durch die Rehabilitation erzielt wurden, erlauben die Schlussfolgerung, dass in der Gruppe mit Läsionen der vorderen Hirnregionen die Verschiebung der Selbsteinschätzung (das heißt die abnehmende Diskrepanz in der Selbsteinschätzung) zum großen Teil bei der Beurteilung der emotional-volitionalen Eigenschaften zu beobachten waren, wengleich die Veränderungen der anderen Bereiche auch positiv waren (Abb. 4).

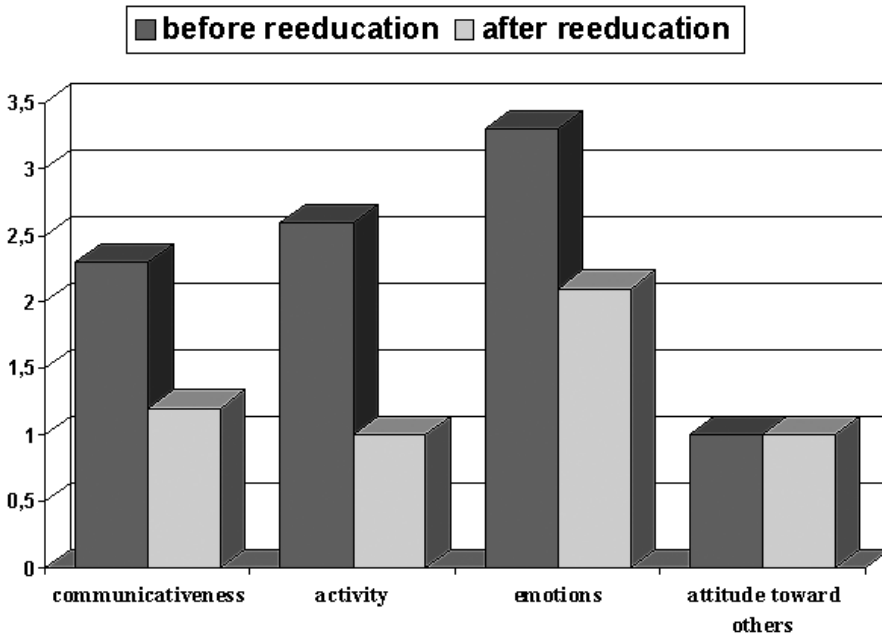


Abb. 4: Abnehmende Diskrepanz in der Selbsteinschätzung nach der Rehabilitation

Die Veränderungen der Patientengruppe mit Läsionen der hinteren Hirnregionen waren im Großen und Ganzen viel geringer als in der vorherigen Gruppe. Die sehr günstigen Veränderungen dieser Gruppe kennzeichnen den Bereich der Patientenaktivität, während die ungünstigen den Bereich der Kommunikation betreffen. Das heißt, hier nahm die Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung vor und nach dem Eintreten der Krankheit zu. Diese Werte korrelieren mit allgemeinen Tendenzen der Rehabilitation dieser beiden Patientengruppen – mit der Tendenz zur Reduktion von Hemmung, zur Entspannung, mit dem Abbau von Unsicherheit und mit der allgemeinen und emotionalen Hemmung unter Patienten mit Läsionen der vorderen Hirnregionen. Auch mit der Tendenz zur Hemmung allgemeiner und verbaler Aktivität, dem Überwinden der allgemeinen und emotionalen Enthemmung, der Wiederherstellung der Kontrolle und der bewussten Haltung gegenüber dem eigenen Sprechen unter Patienten mit Läsionen der hinteren kortikalen Bereiche der Sprachregion.

Wir haben auch die Korrelation zwischen einem Indikator für die Effektivität der Sprachrehabilitation, den man durch eine Methode der Sprachevaluation bei Aphasie erhält (Tsvetkova, Abutina, Pylaeva 1981), und dem Maß der Veränderung (Verminderung der Diskrepanz) der Selbsteinschätzung nach der Rehabilitationsmaßnahme analysiert. In der Patientengruppe mit Läsionen der vorderen Hirnregionen (motorische Formen von Aphasie) konnte man eindeutig die Korrelation von ansteigender Fähigkeit zur

verbalen Kommunikation und der wachsenden Veränderung in der Selbsteinschätzung beobachten (Abb. 5).

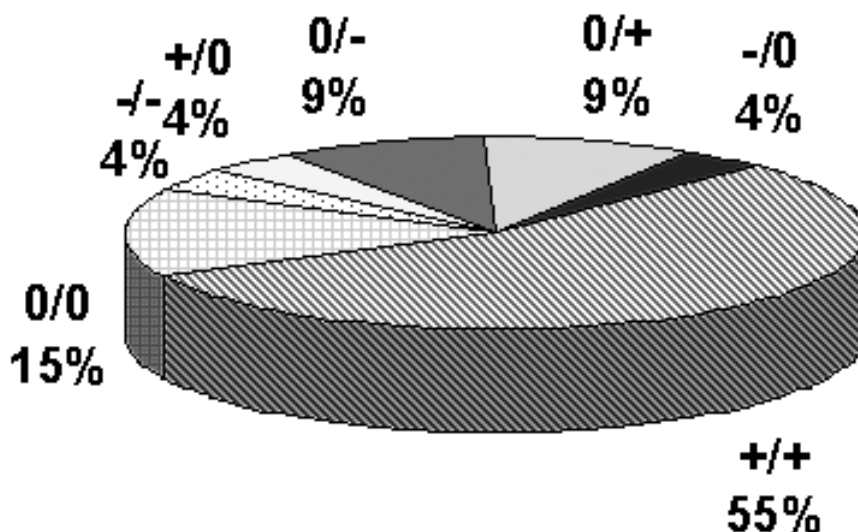


Abb. 5: Die Verbindung zwischen der Effektivität der Sprachrehabilitation und dem Maß der Veränderung in der Selbsteinschätzung

Bei der Patientengruppe mit Läsionen der hinteren Sprachregionen des Gehirns wurde keine Korrelation festgestellt. Wir nehmen an, dass sich dies durch die Tatsache erklären lässt, dass das Bewusstsein des Patienten für seine kommunikativen Fähigkeiten aufgrund der mangelhaften Kontrolle seiner Sprache gestört ist (*Lurija 1962/1966; Tsvetkova 1985*).

Im Großen und Ganzen hat das Experiment gezeigt, dass die Mehrheit der Patienten, die auf die Veränderungen durch die Rehabilitation hin untersucht wurden, eher *positive Veränderungen der Selbsteinschätzung* zeigen und ihre Selbsteinschätzung sich dem Zustand vor der Krankheit annähert, das heißt sie sind optimistischer in Bezug auf die Möglichkeit, ihren sozialen Status wiederzugewinnen und ihre früheren Interessen und Beschäftigungen wieder aufzunehmen.

Lurijas Ansatz zufolge können Persönlichkeitsveränderungen bei Aphasie sowohl primär sein, das heißt eine Konsequenz aus anatomischen Veränderungen des Gehirns, als auch sekundär sein – nämlich die Reaktion des Patienten auf die Begrenzung seiner Lebensaktivitäten (insbesondere seiner Sprachaktivität) und auf Veränderungen seines Lebensstatus.

Wir haben die *doppelte Natur der Persönlichkeitsveränderungen bei Aphasie* erfolgreich experimentell bewiesen und haben die Regelmäßigkeit der Ausbildung solcher

Veränderungen gezeigt, indem wir das bekannte Modell des Angstsyndroms verwandten. Unter den oben genannten Symptomen von Persönlichkeitsveränderungen bei Aphasie, die in der Spezialliteratur beschrieben werden, kann man die Angst finden, welche im Allgemeinen von emotionaler Instabilität, Sprachphobie und anderen Störungen im emotional-volitionalen Bereich begleitet wird.

Trotzdem wird Angst, wie die Analyse in der Literatur zeigt, von Psychologen unterschiedlich interpretiert: etwa als ein vorübergehender emotionaler Zustand, der in einer bedrohlichen Situation auftritt, auf Grund von Gefahr oder einem psychologischen Konflikt, das heißt, angesichts emotionaler Auslöser, die persönliche Bedeutung haben (*Tomkins 1962/1963; Izard 1972*), oder als eine persönliche Eigenschaft, die spezifische Haltungen im Verhalten determiniert, als einen bestimmten individuell differenzierten chronischen Zustand, eine Eigenschaft der Persönlichkeit und als eine Fähigkeit, mehr oder weniger emotional auf Situationen zu reagieren, die eine Bedrohung der Erfüllung sozialer Bedürfnisse darstellen (*Taylor 1956; Atkinson, Litvin; Imedadze 1966*). Von daher betrachtet ist Angst eine stabile individualspezifische Disposition, ähnlich dem Bedürfnis, ein Ziel zu erreichen. Das Letztere ist jedoch mit der Verbesserung einer Leistung verbunden und dient als ein positives Motiv, während Angst demgegenüber mit der Verschlechterung der eigenen Leistung unter denselben experimentellen Konditionen verbunden ist, und die Autoren sie als negatives Motiv betrachten.

Solch eine Differenz in den Interpretationen des Begriffs „Angst“ spiegelt die Komplexität und Heterogenität der psychologischen Realität, die sich hinter diesem Begriff verbirgt. Dies findet sich in *Ch. Spielbergers* Konzeption von Angst als zwei Formen wieder: Angst als Zustand (A-State) als ein emotional reaktiver Zustand von Spannung, Sorge, Nervosität, der von der Aktivierung des (autonomen) vegetativen Nervensystems begleitet wird, und Angst als Charakterzug (A-Trait), was ein eher stabiler individueller Charakterzug ist, der auf eine persönliche Prädisposition, eine größere Spannbreite von Phänomenen als eine Bedrohung wahrzunehmen und auf sie mit einem entsprechenden emotionalen Zustand zu reagieren, hinweist. Angst als Charakterzug als reaktive Disposition wird aktiviert, wenn bestimmte gefährliche Reize empfangen werden, die mit spezifischen Situationen, die das Prestige und den Selbstwert gefährden (*Spielberger 1972*), verbunden sind. *Spielberger* entwickelte das State-Trait Anxiety Inventory (STAI), um sowohl Angst als Zustand (A-State) und Angst als Charakterzug (A-Trait) zu messen.

Wir halten diese Methodik zur Messung der Selbsteinschätzung für die Beurteilung von Aphasie-Patienten für angemessen und haben als Indikator die nonverbale Reaktion des Patienten – sein Ankreuzen der Nummer unter der gewählten Antwort – genutzt. Das Lesen der Einheiten wurde zusammen mit einem Psychologen durchgeführt. Der Untersuchungsleiter kontrollierte, inwieweit der Patient die Fragen und Anweisungen verstand, wie schon in der vorherigen Studie.

Der Versuch bewies sogar bei Patienten mit schwerwiegenden Sprachbeeinträchtigungen oder Patienten, die ihre Sprachfähigkeit ganz verloren hatten, die Gültigkeit des Tests, vorausgesetzt, dass ihre Fähigkeit zu lesen relativ intakt war.

Bei der Beurteilung von Aphasie-Patienten anhand der Skala von *Spielberger* haben wir die psychologische Realität dieser beiden Formen von Angst und ihre variierende Bezogenheit untereinander bei unterschiedlichen Formen und Stadien von Aphasie nachgewiesen. Es stellte sich heraus, dass das durchschnittliche Niveau reaktiver Angst (A-State) bei Patienten mit motorischen Aphasien beträchtlich höher liegt als bei Patienten mit sensorischen Aphasien. Im letzteren Fall erreichte es die Grenze eines moderaten Angstniveaus. Dies spiegelt wieder einmal die gestörte Selbsteinschätzung des Patienten in Bezug auf seine eigenen Sprachfehler und Defizite in seinen kommunikativen Potentialen. Dies wird noch durch die Abwesenheit einer sich klar abzeichnenden Korrelation mit der Ausprägung der Aphasie in dieser Patientengruppe unterstrichen. Das Niveau des A-Trait war bei allen Aphasie-Patienten eher hoch, insbesondere bei Patienten mit schwerwiegenden motorischen Störungen. Begleitende Aussagen zeigen die Verbindung zwischen dem steigenden Angstniveau, Schwächen der Kommunikationsfähigkeit und dem Wunsch des Patienten, die letztere wieder herzustellen.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass im akuten Stadium der Krankheit die Angst als Zustand etwas mehr betont wird als die Angst als Charakterzug. Im chronischen Stadium ist es umgekehrt (Abb.6). Dies mag auf die Tatsache hinweisen, dass im akuten Stadium der Krankheit die Beurteilung der Angst des Patienten primär seine emotionale Reaktion auf seine Krankheit zeigt, und die Krankheit nach und nach zu strukturellen Persönlichkeitsveränderungen führt, das heißt zum Auftreten von Angst als Persönlichkeitszug, sodass der Patient wahrscheinlich eine große Bandbreite verschiedener Situationen als bedrohlich wahrnimmt und mit Angstzuständen auf sie reagiert. Diese pathologische Persönlichkeitsveränderung wird sich wiederum negativ auf die Fähigkeit des Patienten, mit anderen zu interagieren, auswirken.

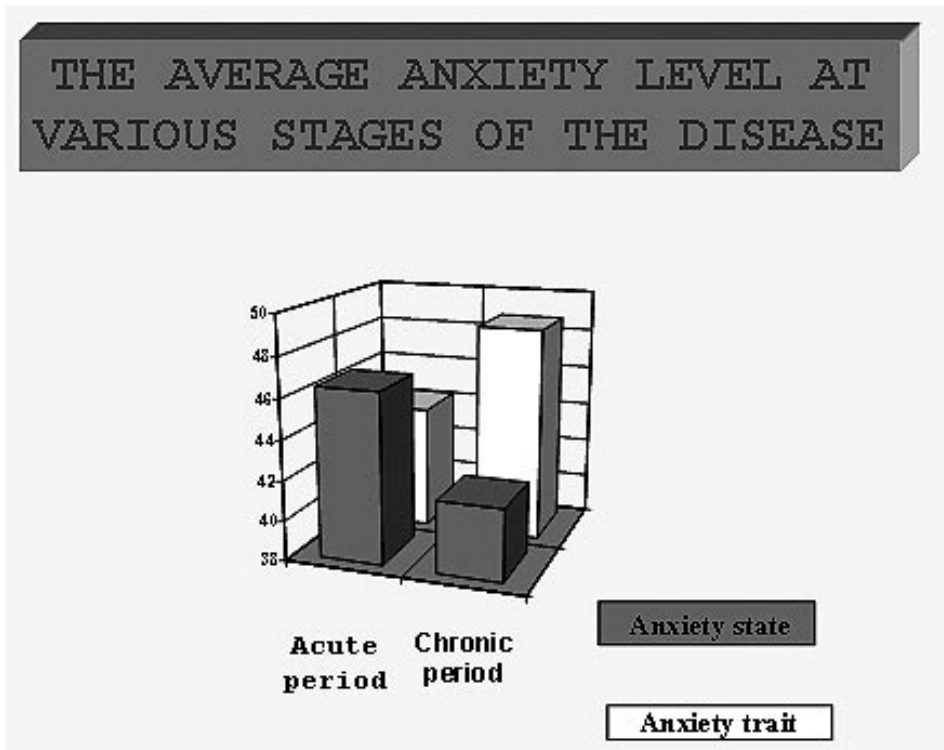


Abb.6: Das durchschnittliche Angstniveau in unterschiedlichen Stadien der Krankheit

Die Untersuchung hat daher zwei Arten von Persönlichkeitsveränderungen bei Aphasie nachgewiesen: die reaktiven (funktionalen) und die strukturellen. Die Ersteren sind eng an die Natur der Aphasie gebunden. Die Besonderheit der zweiten Art von Persönlichkeitsveränderungen besteht jedoch in ihrer graduellen Ausbildung unter dem Einfluss der pathologischen Bedingungen der Aktivität des Patienten und seiner Interaktionen mit der Außenwelt. Der Unterschied zwischen diesen beiden Arten von Veränderung wird auch durch die Untersuchung der Dynamik des Angstniveaus im Laufe der Rehabilitation von Aphasiepatienten etabliert. Die Dynamik des reaktiven Angstniveaus (A-State) kann bei Läsionen der vorderen und hinteren Bereiche der Sprachzone im Gehirn verschieden sein. Die Rehabilitation von Patienten mit motorischen Formen von Aphasie kann beträchtlich zur Abnahme ihres reaktiven Angstniveaus beitragen, während dieses Niveau bei Patienten mit sensorischen Formen von Aphasie dazu tendiert, zu steigen. Auf den ersten Blick mögen die Ergebnisse paradox erscheinen, dies kann jedoch leicht erklärt werden, wenn wir uns daran erinnern, dass eines der Hauptziele der Rehabilitation von Patienten mit sensorischen und akustisch-mnestischen Aphasien ist, ihnen beizubringen, wie sie ihre Sprache kontrollieren können, indem sie ihre Fehler bemerken und korrigieren, was natürlich die Aufmerksamkeit des Patienten auf diese Fehler noch steigert.

Im Laufe der Untersuchung wurde nachgewiesen, dass das Niveau der Angst als Charakterzug bei allen Aphasie-Patienten dazu tendiert, zu steigen. Dies zeigt die Effektivität sowohl der Einzel- als auch der Gruppenrehabilitation und ihre Auswirkung auf die Persönlichkeitsstruktur des Patienten und auf seine Fähigkeit, seine Antriebslosigkeit zu überwinden und angemessenere Einstellungen auszubilden.

Alle diese Daten tragen beträchtlich dazu bei, das Problem des Verhältnisses zwischen biologischem (organischem) und sozialem Hintergrund während einer voranschreitenden Krankheit und den daraus resultierenden Veränderungen im mentalen Bereich eines Patienten zu verstehen. Organische (krankheitsbezogene) und funktionale (auf die Reaktion der Patienten auf ihre Schwächen und auf die Haltung anderer bezogene) Veränderungen unterscheiden sich in ihrem Erscheinungsbild, in der Dauer ihrer Ausbildung im Laufe einer Krankheit und in den Eigenheiten der reaktivierenden Entwicklung im Laufe der Rehabilitation. Hier können wir das wohlbekanntes Postulat von S. L. Rubinstein (1973) anwenden, dass **externale Ursachen durch das Prisma internaler Bedingungen wirken**.

Darüber hinaus zeigt die Analyse verschiedener Aspekte von Persönlichkeits- und Kommunikationsveränderungen das Spezifische an und die Interrelation zwischen den drei erwähnten Komponenten von Kommunikation: die operationalen Möglichkeiten zur Kommunikation, die Motivationskomponente der Kommunikation und die auf die Steuerung der Kommunikation bezogene Komponente. Die Störung jeder einzelnen dieser Komponenten wird zu spezifischen Persönlichkeitsveränderungen des Patienten führen, während die anderen Komponenten gleichzeitig nicht intakt bleiben. So führen Störungen der operationalen Kommunikationskomponente zu Veränderungen in der Hierarchie der sinnbildenden Motive des Patienten (Glozman 1981): das Motiv, das die kommunikative Aktivität des Patienten anstößt und leitet, wird dann die Funktion der Sinnbildung übernehmen. Der Zweck der Kommunikation wird dann nicht die Herstellung einer anderen Aktivität (Planen, Koordinieren, etc.) sein, sondern begrenzt sich auf die Erzeugung der kommunikativen Äußerung selbst. Dies führt zur Logophobie, blockiert sinnstiftende, weitgreifende kommunikative Aktivität.

Der Hauptmechanismus dieser pathologischen Persönlichkeitsveränderungen wird in diesen Fällen zu einem Widerspruch zwischen der hohen Motivation zur Kommunikation der Patienten und ihren eher beschränkten operationalen Mitteln, einem Widerspruch, den der Patient nicht allein lösen kann, und der nur dadurch zu lösen ist, dass in *beide Richtungen gehandelt wird*. Mit der Hilfe der reedukativen Massnahmen wird es notwendig, das verbale und nonverbale Potential des Patienten zu erweitern und die motivations- und sinnbezogenen Strukturen der Persönlichkeit unter dem Einfluss der Kommunikation in der Gruppe zu reorganisieren.

Eine Pathologie der operationalen Komponenten der Kommunikation in bestimmten Patientengruppen wird sich mit Störungen der verbalen Steuerung

und der Wahrnehmung verbaler Schwächen verbinden und in einem spezifischen Syndrom von Persönlichkeitsstörungen und in Schwierigkeiten bei der adäquaten Wahrnehmung zwischenmenschlicher Beziehungen auswirken, Wahrnehmungen von Familienmitgliedern des Patienten eingeschlossen.

Die interrelationale Bezogenheit aller Kommunikationskomponenten dient als Spiegel der *systemischen Struktur* komplexer psychischer Prozesse, die durch die kombinierte Aktivität verschiedener funktionaler Teile und Bereiche des Gehirns gewährleistet wird und ein komplexes, *sich selbst regulierendes System* bildet (Lurija 1973). So fordert dies die Notwendigkeit eines *systemischen Ansatzes⁸ in Bezug auf die Analyse von Kommunikation* in ihrer Beziehung zu anderen mentalen Prozessen und Funktionen, insbesondere in ihrer wechselseitigen Bezogenheit auf die Persönlichkeit des Patienten.

3. Schlussfolgerung

Wir hoffen, dass die beschriebenen Studien die Kraft von Lurijas Ansatz in Bezug auf psychotraumatologische Untersuchungen unterstreichen.

Es war Lurijas zweifache Kompetenz, als Psychologe die Kognition betreffend, als Neurologe das Gehirn betreffend, was die Einzigartigkeit der „Lurijaschen“ Neuropsychologie und die erklärende Kraft seiner Konzepte ausmacht

„Menschen kommen und gehen, aber die schöpferischen Quellen großer historischer Ereignisse, Ideen und Taten bleiben“ (Lurija 1993, 1991). Dies sind die abschließenden Worte von Lurijas Autobiographie, und dies ist der Anfang seiner immer noch andauernden lebendigen Aktualität.

Zusammenfassung: Die Bedeutung von A. R. Lurija für die moderne Psychotraumatologie

Dieser Text befasst sich mit einigen Daten aus Lurijas Biographie, seiner frühen Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse und deren Auswirkung für Lurijas spätere Arbeiten zur Neuropsychologie. Die Ideen Lurijas werden hier für experimentelle Untersuchungen von Persönlichkeitsveränderungen (Abnahme von Selbsteinschätzung und Angst) bei hirnerkrankten Patienten und deren Wiederherstellung im Prozess ihrer neuropsychologischen Rehabilitation verwandt.

Schlüsselwörter: A. R. Lurija, Psychoanalyse, kulturhistorischer Ansatz, Aphasie, Persönlichkeitsstörungen

⁸ Es muss hier hervorgehoben werden, dass Lurija und Vygotskij in den zwanziger und dreißiger Jahren, also Jahrzehnte bevor man im Westen begann, systemische Modelle in der Therapie und Rehabilitation von Patienten zu entwickeln, ein differenziertes Verständnis des psychophysischen Systems Mensch-Umwelt hatten und klinisch einsetzten, um die funktionellen Systeme im persönlichen Binnenraum und in den Organismus-Umwelt-Beziehungen zu verstehen und zu beeinflussen. „... the whole activity of the organism can be understood only as a dynamic system, a conditioned activity of its component parts“ (Lurija 1932, 7). Lurija sprach von den „selbstregulativen Kräften“ des Systems, von „Organisation des Systems“, „Neuregulation des Systems“ (z. B. *ibid.* 8, 10, 423) (Anm. HP.).

Summary: The Importance of A. R. Lurija für die moderne Psychotraumatologie

The paper deals with some data from A. R. Lurija's biography concerning his early psychoanalytic works and their impact for Lurija's future papers in neuropsychology. These ideas of Lurija were used for experimental studies of personality alterations (self-appraisal decrease and anxiety) in brain injured patients and their reorganisation after neuropsychological rehabilitation.

Key words: A. R. Lurija, psychoanalysis, cultural-historical approach, aphasia, personality disorders

Übersetzung:

Claudia Döring
Hilarion Petzold

Literatur

- Atkinson, J., Litwin, G. (1960): Achievement Motives and Test Anxiety Conceived as Motive to Approach Success and to Avoid Failure, *J. Abnormal and Soc. Psychol.* 60(1), 52-63.
- Benson, D. F. (1973): Psychiatric Aspects of Aphasia. *British Journal of Psychiatry* 123.
- Bruner, J. (1992): Alexander Romanovich Lurija. *Vestnik Moskovskogo Universiteta*, Ser. 14, *Psychology*, 2, 37-39 (russ.).
- Bruner, J., (2004): Vorwort in: *Abutina, T. V., Glozman, J. M., Moskovich, L. I., Robbins, D.* (Eds.), *A. R. Lurija and Contemporary Psychology: Festschrift Celebrating the Centennial of his Birth*. New York: Nova Publishers.
- Glozman, J. M. (1981): On Increasing Motivation to Communication in Aphasic's Rehabilitation, *International Journal of Rehabilitation Research* 4(1), 78-81.
- Glozman, J. M. (2004): *Communication Disorders and Personality*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Glozman, J. M., Tsyganok, A. A. (1983): Aspects of Modification of Personality in Aphasia, *Soviet Neuropathology and Psychiatry*. Vol. 16(2),.
- Imedadze, H. B. (1966): Anxiety as a Factor in Preschool Children's Education, in: *Psychological Studies*, Tbilisi, 49-58 (russ.).
- Izard, G. E. (1972): *Patterns of Emotions: a New Analysis of Anxiety and Depression*. New York.
- Lurija, A. R. (1932): *The Nature of Human Conflicts*. New York: Liveright . Russische Ausgabe: Moskau: Edition: Cogito-Center 2002.
- Lurija, A. R. (1940): Psychoanalysis, *Große Sowjetische Enzyklopädie*, v. 47, 507-510 (russ.).
- Lurija, A. R. (1962/1966): Höhere kortikale Funktionen und ihre Störungen nach kokalen Hirnschädigungen. Moskau: Moskau University Press (russ.); engl. (1966): *Higher Cortical Functions in Man*, New York: Basic Books.
- Lurija, A. R. (1973): *Fundamente der Neuropsychologie*. Moscow (russ.); engl. (1973): *The Working Brain*. New York: Basic Books.

- Lurija, A. R. (1979): *The Making of Mind: A Personal Account of Soviet Psychology*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Lurija, A. R. (1993): *Romantische Wissenschaft. Forschungen im Grenzbereich von Seele und Gehirn*. Reinbek: Rowohlt.
- Lurija, A. R. (2003): Die Prinzipien einer realen Psychologie, in: *Glozman, J. M., Leontiev, D. A., Radkobskaya, A. G.* (Hrsg.): *A. R. Lurija. Psychologischer Beitrag*. Moskau: Smysl, S. 295-384 (russ.).
- Prigotano, G. P. (1987): Personality and Psychosocial Consequences after Brain Injury, in: *Meier, M., Benton, A., Diller, L.* (Hrsg.): *Neuropsychological Rehabilitation*, New York: Churchill Livingstone.
- Rogers, C. (1951): *Client-centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rubenstein, S. L. (1973): *Problem der Allgemeinen Psychologie*. Moskau (russ.).
- Rubenstein, S. Y. (1970): *Experimentelle Methoden der Pathopsychologie*. Moskau (russ.).
- Seron, X., Vanderlinden, M. (1988): Aphasia and Personality. *Acta Neurochirurgica* 44, 113-117.
- Spielberger, C. (1972): *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. New York / London.
- Taylor, J. A. (1956): Theory and Manifest Anxiety. *Psychological Bulletin*, 53(4), 303-320.
- Tomkins, S. S. (1962, 1963): *Affects, Imagery, Consciousness*. Vol. 1, 1962; vol 2, 1963. New York.
- Tsvetkova, L. S. (1985): *Neuropsychologische Rehabilitation von Patienten*. Moskau: Moskauer Universitäts Verlag (russ.).
- Tsvetkova, L. S., Abutina, T. V., Pylaeva, N. M. (1981): *Methoden zur Sprachevaluation bei Aphasien*. Moskau: Moskauer Universitäts Verlag (russ.).
- Zeigarnik, B. V. (1971): *Persönlichkeit und Aktivitätsstörungen*. Moskau (russ.).

Korrespondenzadresse:

Prof. Janna M. Glozman

25 Narodnogo Opolchenia Str., Apt. 118

Moscow 123154

Russia