

# **Krankheitsverarbeitung, neurologische Erkrankungen und unsere Aufgaben**

*Franz Dick, 1/ 2014*

Dieser Text ist entstanden im Zusammenhang der Auseinandersetzung mit der Position:  
*Aufgabe der Neuropsychologen in der Frührehabilitation ist die Unterstützung der  
Krankheitsverarbeitung.*

Krankheitsverarbeitung. Zitat aus Vorlesung pdf im Netz:

[Horst Kächele](#) (Autor), [Wolfgang Steffens](#) (Mitarbeit)

„Die Gesamtheit der Gedanken und Verhaltensweisen,  
die auf eine Tolerierung oder Überwindung belastender  
Krankheitsfolgen hinzielen.“  
Lazarus u Volkmann 1984

Es gibt einen Wust von Literatur zum Thema Krankheitsverarbeitung. In der Regel ist die Rede von schweren Erkrankungen, welche die individuelle Perspektive und die aktuelle Lebensqualität der Patienten herabsetzen. Vor allem von Krebs. Aber auch Asthma, Muskelerkrankungen usw. Degenerative oder chronische Erkrankungen.

Diese Krankheiten betreffen in der Regel den Körper, nicht das ZNS bzw. das Gehirn. Die kognitiven Funktionen sind – jedenfalls im Prinzip – intakt. Bei Lähmungen, sowie anderen neurologischen Behinderungen ohne kognitive Veränderungen lässt sich in diesem Sinn gleichwohl auch von Krankheitsverarbeitung sprechen. .

Selten ist von Krankheitsverarbeitung die Rede im Zusammenhang mit Psychosen; und wenn, dann in den Phasen außerhalb eines psychotischen Schubs. Von Krankheitsverarbeitung im Zusammenhang mit einem und innerhalb eines psychotischen Schub zu sprechen – das macht keinen Sinn. Hier geht es nur um Deeskalierung, Entspannung, eventuell Aktivierung. Und darum, die Situation so zu verbessern, dass außerhalb eines Schubes psychotherapeutisch (im engeren Sinne) gearbeitet werden kann.

Ebenso macht es keinen Sinn, von Krankheitsverarbeitung inbezug auf das und innerhalb des Verwirrtheits-stadiums bei einer neurologischen Erkrankung zu sprechen.

Krankheitsverarbeitung umfasst die psychischen Prozesse, welche sich auf die Krankheit (außerhalb ihrer selbst) beziehen; also die Sicht auf die Krankheit, das individuelle Erklärungsmuster der Krankheit, das praktische Umgehen mit ihr. Nicht umsonst wird oft von „Leben mit einer Krankheit“ gesprochen.

In der Regel werden Leugnung und Anosognosie der Krankheitsverarbeitung *gegenübergestellt*. Sie werden manchmal auch als defizitäre Form der Krankheitsverarbeitung eingestuft. Ich bevorzuge die begriffliche Gegenüberstellung. D.h. die Leugnung und die Anosognosie sind der Gegensatz von Krankheitsverarbeitung. In der Phase der

Anosognosie macht es noch keinen Sinn von KV zu sprechen, auch nicht von misslingender Krankheitsverarbeitung.

**Leugnung:** - die unbewusst motivierte Verzerrung der Wahrnehmung der gesundheitlichen Situation, ihre Ausblendung aus der Selbstwahrnehmung.

**Anosognosie** – in der Regel aufgefasst als die „organisch bedingte“, d.h. durch die Hirnschädigung bedingte Verzerrung der Wahrnehmung offensichtlicher Krankheit / Behinderung, also der Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Psyche in seiner Dimension von Verletztheit / Unverletztheit.<sup>1</sup> Also der Selbstwahrnehmung. Quasi „direkt“ bedingt, **vor** dem Dazwischentreten psychischer Verarbeitung. – Natürlich ist die genaue Abgrenzung schwierig, aber damit kann man leben.

Von **Motiviertheit** von Anosognosie ist in der Regel nicht die Rede in diesem Zusammenhang. Entsprechend nicht von unbewussten oder bewussten Prozessen. Weil **überhaupt nicht** von Prozessen die Rede ist. Anosognosie ist das unmittelbar Gegebene, die direkte organische Folge für die Selbst- und daher auch die Krankheitswahrnehmung. Vergleichbar mit einer Parese nach einem Infarkt oder einer Hämorrhagie. Anosognosie in dem Sinne ist quasi **ein Teil** der Erkrankung, die selbst der Erklärung bedarf. Die Anosognosie bedarf keiner Extra-Erklärung darüber hinaus. (Meine Position)

Wohlgemerkt, ich spreche hier in einem sehr engen Sinne von Anosognosie. Und zwar solcher, die sich auf Krankheiten / Behinderungen bezieht, die **offensichtlich** sind. Der Patient, der seine Lähmung nicht zugibt. Wo die Lähmung doch offensichtlich ist und er sie eigentlich wahrnehmen müsste. Oder seine (zerebrale) Blindheit nicht zugibt.

Es ist sofort sichtbar, dass Probleme entstehen, wenn man hinzunimmt, dass der anosognostische Patient einen mehr oder minder schweren Neglect hat. Das ist aber meist (immer?) der Fall. Wenn er eine Seite seines Körpers nicht wahrnimmt, wie soll er dann dessen Gelähmtheit wahrnehmen? Wenn er die halb wahrgenommene Außenwelt für die ganze hält, wie soll er dieses „Defizit“ an sich selbst bemerken? Es liegt im Wesen des Neglects, dass *für den Pt* die nur halb (oder mehr oder weniger, jedenfalls unvollständig) wahrgenommene Welt die ganze, die vollständige ist. - Seine Wahrnehmung selbst ist verzerrt, wie soll er diese Verzerrung als defizitär begreifen? Vom schweren Neglect-Patienten zu erwarten, er solle seine Wahrnehmungsverzerrung gefälligst „korrekt“ wahrnehmen, berücksichtigt nicht diese Verzerrtheit, sondern setzt eine prinzipiell unverzerrte Wahrnehmung außerhalb der Wahrnehmung voraus.

Ein in diesem Sinne anosognostischer Patient (braucht nicht) – kann nicht – seine Krankheit / Behinderung (zu) „verarbeiten“, weil sie für ihn nicht existiert. Er ist in einem egozentrisch-regressiven Stadium. Zwar ist er unselbständig, das Problem damit und das Leiden – das haben die anderen. („Egozentrisch“ – weil sein Weltbezug, seine „Exploration“ usw. eingeschränkt sind auf die Seite (re oder li), die zufällig die gesunde ist. Also abhängig nicht von den objektiven Gegebenheiten, sondern von der Seite des Pt, die zufällig aktiv ist.

Leiden bzw. ein Problem haben kann der Patient natürlich trotzdem, hat er auch oft, schildert er auch, aber mehr im Sinne: ich bin hier in einer Klinik, ich will nach Hause, man behandelt

---

<sup>1</sup> Vandereyken und Meermann: Anosognosie kann man als „*ein biologisches Defizit*“ (S. 22) ansehen. - Oder in der Computeranalogie ein Hardwareproblem ist, während Leugnung ein software-Problem ist, ein psychologisches Phänomen.) S 23

mich nicht gut, was soll ich hier etc.; dieses Leiden ist unmittelbare, unreflektierte Reaktion und ist gerade (noch) keine Krankheitsverarbeitung. (Anmerkung Kollegin Natascha)

Es sei hier nur darauf hingewiesen, nicht ausgeführt, dass dieser enge Begriff von Anosognosie einen Bastard gezeugt hat, **Unawareness**, welcher sich nicht mehr nur auf *offensichtliche* Krankheiten / Behinderungen bezieht. (Wie ursprünglich von Babinski gedacht). Unawareness für eine Gedächtnisstörung, Alertness-Störung usw.

In der Phase der Anosognosie kann man also von Krankheitsverarbeitung noch nicht sprechen. Der anosognostisch-euphorische (Anmerkung: Natascha Eilmus: euphorisch erlebe ich eigentlich eher selten: wie oben ausgeführt – der Patient hat ja auch oft noch genug andere Probleme.) Patient ist nicht in einer guten Phase der Krankheitsverarbeitung (auch nicht in einer defizitären oder so), sondern er ist noch garnicht innerhalb dieses Prozesses angekommen.

Ebenso können wir bei einem Pt in der Phase der **Verwirrtheit** nicht von Krankheitsverarbeitung sprechen. Er ist verwirrt, aber weiß natürlich nicht, dass er verwirrt ist. Das liegt in der Natur dieses Zustandes.

Kommt er sich selbst „gestört“ vor, ist er schon nicht mehr vollständig oder stark verwirrt. – Er kann - definitionsgemäß – sich seiner Krankheit noch nicht bewusst sein. Natürlich kann er gleichwohl **leiden**: unter der Isolation, unter schlechter Behandlung, Schmerzen u.a. im fortgeschrittenen Stadium unter Orientierungslosigkeit. Wir unterstützen ihn in jeder Hinsicht, beruhigen, trösten ihn, lenken ihn ab von seinen Schmerzen, aktivieren ihn, versuchen, ihm eine Struktur zu geben, suchen nach Inhalten der Vertrautheit, bauen Vertrautheit auf, usw., nennen das aber noch nicht Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung. Sondern im allgemeinsten Sinne neuropsychologische Therapie. In einer Verwirrtenstation hätten wir dafür viel bessere Voraussetzungen. Wir würden es dann Milieuthérapie nennen.

In den ersten Phasen der Rehabilitation setzen wir alles daran, die einzelnen Funktionen (und ihr Zusammenwirken) zu „**restituieren**“. Das kann nur der Patient selbst. Indem er an Übungen aller Art teilnimmt und selbständig Übungen macht. Wir unterstützen ihn darin. Wir machen selbst Übungen mit ihm. Wir stützen ihn „emotional“, indem wir ihn dazu animieren, seine Gefühle auszudrücken und wir selbst sie nachempfinden und als legitim einschätzen. Indem wir dem Patienten Wörter dafür geben. Die psychologische Seite davon ist nicht nur die Verbesserung der kognitiven Einzelfunktionen, sondern, dass der Patient aus seiner egozentrisch-regressiven Haltung zu einer aktiven, selbstverantwortlichen Haltung zurückfindet kann.

In der späteren Phase der Rehabilitation, wenn im Wesentlichen **Kompensation** an die Stelle der Restitution tritt (natürlich mit Überschneidung, wie überall im Leben) verschieben sich die psychologischen Aufgaben. Die Funktionen (von Motorik, Wahrnehmung bis Gedächtnis, Planung usw.) sind im Großen und Ganzen stabil beeinträchtigt, dh es kommen keine großen restitutiven Fortschritte mehr hinzu. Pt lernt, auf kompensatorische Aktionen zurückzugreifen. Das kann er nur, wenn er die Behinderungen zumindest als gegenwärtige, wenn nicht als langfristig verbleibende, **anerkennt**. („Schema von Gauggel, siehe PP) Die Klarheit über die bittere Wahrheit und Akzeptanz treten im Extremfall an die Stelle der anosodiaphorischen und anosognostischen Euphorie – oder Indifferenz.

Das ist kein Sprung von einer Daseinsform in eine andere, sondern ein Prozess. Dh. längerfristig, mit Übergängen und Zwischentönen. Das Bejahen der Krankheit / Behinderung tritt an die Stelle der Verneinung, Verleugnung, das „Annehmen“ tritt an die Stelle der „Warum“-Fragen (*warum ich?*) und des verzweifelten Kampfes „gegen“ die Krankheit. - Der Prozess der Krankheitsverarbeitung. Dieser ist kein „reiner“, idealtypischer Prozess, sondern kann unterbrochen sein von Phasen der Leugnung und der nicht beantwortbaren Fragen und ist vielleicht auch manchmal/ niemals zu Ende. (Anmerkung Natascha Eilmus)

Und bei progredienten oder chronischen Erkrankungen kann dieser positive Prozess der Bejahung begleitet sein von der Suche nach Heilung. Dh. realistische Denk- und Handlungsweisen können neben illusionären Sichtweisen und Bemühungen stehen.

„Krankheitsverarbeitung“ – dieser Begriff wird dem Umstand gerecht, dass nicht die Anerkennung des Gegebenen isoliert das höchste Ziel ist, sondern das emotionale **Gleichgewicht** der Persönlichkeit. Dieses Gleichgewicht aber kann auch illusionäre Verkennungen umfassen. Wenn diese bloß nicht die Oberhand gewinnen und auf Kosten aktuell notwendiger Handlungen gehen. Dass auch **Illusionen** zugunsten des emotionalen Gleichgewichts notwendig sein können, das wird von vielen Autoren anerkannt. (Ich erkenne es auch an: Lieber soll sich ein unheilbarer Patient an Hoffnung auf Heilung klammern, als in realistisch-resignative Haltung zu verfallen, dh. depressiv erstarren. Hoffnung als Ressource betrachten lernen!

*„Die Illusion, die durch Krankheitsverleugnung erschaffen wird, bildet eine vorübergehende Realität, deren adaptive Funktion wir würdigen sollten, bevor wir sie „heilen“.‘ S. 23*

Unsere Arbeit als Neuropsychologen hat also in den verschiedenen Phasen der Rehabilitation (bezogen auf den einzelnen Patienten) unterschiedliche Schwerpunkte.

- In der Koma- und Postkoma-Phase vor allem „Diagnostik“, dh. Beobachtung und mehr und weniger standardisierte Interventionen der Einschätzung, der Mitteilung des **kognitiven Status** des Pt (nicht an den Pt selbst), und die Beratung der anderen Berufsgruppen und Angehörigen darüber, was dem Pt in dieser Phase kognitiv und emotional gut tun kann. Diese Phase ist eher gekennzeichnet durch Kennenlernen, Beziehung herstellen und den Patienten vorsichtig ankommen lassen im Leben und in der Klinik; es geht darum, jetzt schon die Bahnen zu legen für ein zukünftiges Zusammenarbeit. (Natascha)
- In der etwas späteren Phase, **Verwirrtheit oder stark reduzierter Einzelfunktionen** das diagnostische Auffinden von Ressource-Funktionen, Inseln des Könnens oder wie immer man das nennen will, um auf dieser etwas festeren Grundlage Übungen zu machen. Was geht schon jetzt? Nicht: Was geht nicht? - Ziel ist die Verbesserung der Funktionen und ihrer Integration. Ziel ist auch das verbesserte Selbsterkennen, die Überwindung der Anosognosie.

Dieses aber sollte immer in Verbindung mit praktischen Funktionsübungen (Selbsterfahrung, durch Rückmeldung gestützte Selbsterfahrung!) und nie als **isoliertes Ziel** verfolgt werden, da sonst die Kränkung gegenüber dem Nutzen überwiegen würde und zur Demotivierung führen könnte. Und einem Patienten „Störungsbewusstsein“ zu vermitteln, wenn er die Rückmeldungen höchstens

nachschwätzen und nicht nachvollziehen (an sich, an den eigenen Aktionen), an sich spüren kann (der schwere Ng-Pt!), das ist sowieso illusorisch.

Anmerkung Natascha Eilmus: Ich finde aber auch, es sollte die Frage nach dem aktuellen „Nutzen“ der Anosognosie gestellt werden: ich hatte schon Patienten, die zwar anosognostisch waren, sich aber dennoch motiviert an den Übungen beteiligten, also durch die Anosognosie nicht in dem Sinne ausgebremst wurden („*mach ich nicht mit, das kann ich doch*“), die aber den wohligen Gedanken bspw. „*eigentlich kann ich ja laufen*“ brauchten; wichtig natürlich hier auch: Einschätzung der Selbstgefährdung!! Natürlich sollte man den Patienten nicht in seiner falschen Selbsteinschätzung bestärken.

Dazu: Man sollte sich abgewöhnen, Anosognosie als widerspruchslöse kognitive Einheit aufzufassen. Oft steht die verbale Leugnung einer Behinderung neben einem praktisch adäquaten Verhalten. Siehe meine Ptn Frau Anton, die sich heftig als sehend bezeichnet, sich aber blind-adäquat verhält. – Oder der ältere Herr, der sich zwar auf Nachfrage kognitiv intakt einschätzt, aber schon längst das Auto in der Werkstatt stehen lässt. Wie sollten von Patienten in der anosognostischen Phase keine Kohärenz und logische Stimmigkeit ihrer Selbstäußerungen erwarten.

- Und in der dritten Phase der Rehabilitation, wenn die Kompensation gegenüber der Restitution überwiegt, besteht auf der einen Seite die Chance, dass der Pt mit mehr Eigenverantwortung und Realismus an sich arbeitet. Es besteht auch die Gefahr der depressiven Reaktion, gerade wenn der Patient an realistischer Klarheit gewonnen hat und von Anosognosie usw. nicht mehr die Rede sein kann. Es liegt auf der Hand, dass hier die **emotionale Unterstützung** und eventuell auch die **praktische Führung** den Schwerpunkt bilden müssen.

Unsere Aufgaben sind im **engeren Sinne neuropsychologisch**, da wir über das Funktions- und Kompensationswissen verfügen und zum Beispiel beratend zur Seite stehen. Hier gilt nicht: „*Ratschläge sind auch Schläge*“, sondern Patienten können der Führung bedürfen, und zwar je schwächer sie sind, umso mehr. Sie sind **im weiteren Sinne psychotherapeutisch**, als wir auf der Grundlage therapeutischer Beziehung Empathie entwickeln, dadurch die Wahrnehmung seiner Emotionen fördern und den Patienten so emotional unterstützen.

Und indem wir ein Gespür für die Eigenverantwortung des Patienten entwickeln und diese unterstützen.

Nein, mit einem Begriff sind unsere Aufgaben als Klinische Neuropsychologen nicht zu charakterisieren.

## Literatur

W. Vandereyken, R. Meermann (2008): *Krankheitsverleugnung – ein noch zu verfeinerndes Konzept*. In: Psychotherapie, 13, 1, S 7 – 26

Der Artikel ist, über das hier Zitierte hinaus, sehr lesenswert. Es wird, nach einiger Diskussion, Verleugnung nicht als negativer, defizitärer Prozess dargestellt, sondern als

kreativer Akt, als bedeutungsvolle Schaffung einer eigenen „ idiosynkratischen Realität“, welche – mit einigen Umwegen – der Gesundung förderlich sein kann.

Und das „weiße“ bzw. „orangefarbige (Neuaufgabe) Lehrbuch Neuropsychologie, von Sturm, Hermann und Münte. Darin vor allem S. 677 bis 696 *Psychotherapeutische Interventionen bei Patienten mit Erkrankungen oder Verletzungen des Zentralnervensystems*

Und natürlich die übliche Anosognosie-Literatur. zB mein Papier ‚Anosognosie‘, *Verhalten, Erfahrung, Therapie*

<http://www.dr-franz->

[dick.com/fortbildungstexte/Anosognosie,%20Verhalten,%20Erfahrung,%20Therapie.%20Franz%20Dick.pdf](http://www.dr-franz-dick.com/fortbildungstexte/Anosognosie,%20Verhalten,%20Erfahrung,%20Therapie.%20Franz%20Dick.pdf)