

Das Erkennen körperlicher Störungen aus sprachlichen Äußerungen von Patienten

Dr. Uwe Füllgrabe, Diplom-Psychologe

Hann. Münden

Exekutiv – Report, 5. Jahrgang, Nr. 11, November 1999, S. 27 – 31

1. Was bedeutet „Unterbewusstsein“?

Begriffe wie Verdrängung oder Unterbewusstsein sind aus der Psychoanalyse von Freud in die Alltagssprache gewandert und werden dort oft benutzt, ohne dass man die Grenzen dieser Begriffe erkennt. Beispielsweise liefert die moderne Gedächtnisforschung den biologischen Beweis, dass unterbewusste geistige Prozesse tatsächlich existieren“ (Squire & Kandel, 1999, S. 26). Sie sprechen damit das „nichtdeklarative Gedächtnis“ an, das eine große „Familie verschiedener Gedächtniskapazitäten“ umfasst. Dieses Gedächtnis spiegelt sich „in eingeübten Fertigkeiten wider — darin, wie wir etwas tun. Diese Art Gedächtnis umfasst verschiedene motorische und perzeptive Fertigkeiten, Gewohnheiten und emotionales Lernen wie auch elementare reflexartige Formen des Lernens, beispielsweise Habituation und klassische beziehungsweise operante Konditionierung. Daher spielen beim nichtdeklarativen Gedächtnis gewöhnlich Kenntnisse eine Rolle, die ihrem Wesen eher *reflexartig* als *reflektiv* sind. Als Sie Fahrradfahren lernten, haben Sie wahrscheinlich genau darauf geachtet, das Vorderrad mit dem Lenker gerade auszurichten, und sich darauf konzentriert, richtig in die Pedale zu treten —zuerst mit dem linken, dann mit dem rechten Fuß. Aber sobald Ihnen das Fahrradfahren in Fleisch und Blut übergegangen ist, wird diese Fertigkeit im nichtdeklarativen Gedächtnis gespeichert. Sie behalten auch weiterhin aufmerksam die Straße im Auge, doch nun lenken Sie automatisch und treten auch automatisch in die Pedale — reflexartig, nicht reflektiv. Sie versuchen nicht mehr, sich bewusst daran zu erinnern, dass sie nun mit dem rechten Fuß in das Pedal treten müssen, dann mit dem linken. Wenn Sie tatsächlich über all diese Bewegungen nachdächten, würden Sie wahrscheinlich vom Rad fallen“ (Squire & Kandel, 1999, S. 26).

Man sieht also, dass man im Alltag häufig den Begriff „unbewusst“ benutzt, wenn man eigentlich sagen will, dass etwas reflexartig abläuft, ohne dass man darüber nachdenken muss. Aber nicht nur der Begriff „automatisierte Bewegung“ ist eigentlich das, wofür im Alltag häufig der Begriff „unterbewusst“ bzw. „unbewusst“ verwendet wird und zwar unangemessen verwendet wird. Squire und Kandel (1999, S. 26) weisen auch daraufhin, dass die Existenz des nichtdeklarativen Gedächtnisses keineswegs die Existenz eines Unterbewusstseins im Sinne der Psychoanalyse belegt, „dass einige Gedächtnisprozesse unbewusst sind, wurde erstmals von Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse und Entdecker des *Unterbewussten*, vermutet. Aber faszinierend am nichtdeklarativen Gedächtnis ist, dass es dem Freudschen Unterbewussten nur oberflächlich ähnelt. Nichtdeklarative Gedächtnisinhalte sind unbewusst, aber sie stehen in keinerlei Beziehung zu Konflikten oder sexuellen Wünschen. Dazu kommt, dass Ihnen die codierte Information selbst dann nicht bewusst wird, wenn Sie erfolgreich die Aufgaben ausfüllen, die in Ihrem nichtdeklarativen Gedächtnis codiert sind. Einmal im nicht-deklarativen Gedächtnis gespeichert, wird *dieses* Unbewusste nicht mehr bewusst.“

Auch Perrig et al. (1993) setzen sich kritisch mit dem Begriff des „Unbewussten“ auseinander. Als ein Ergebnis ihrer wissenschaftlichen Überprüfung der Prozesse bei der

unbewussten Informationsverarbeitung formulieren sie: „Ähnlich wie bei der Beurteilung der unterschwelliger Wahrnehmung folgen wir hier aber nicht den Annahmen etwa der Psychoanalyse, die in ihrem analytisch interpretativen Tun komplexe Szenarios konstruieren, ihre Symbolik deuten und auf die psychische Störung beziehen. Für all dies finden wir in unseren Analysen keine Rechtfertigung“ (Perrig et al., 1993, S. 326).

2. Verdrängung und Verleugnung

Man sollte also die Begriffe der Psychoanalyse (Unterbewusstsein, Verdrängung usw.) sehr kritisch betrachten und nicht unbedacht benutzen. Beispielsweise kann es durchaus wichtig und *gesundheitsfördernd* sein, bestimmte Informationen *nicht* zur Kenntnis zu nehmen. Dies zeigen z. B. Untersuchungen zum individuellen Stil der Informationssuche. Miller (1990) unterscheidet zwischen:

- Personen, die aktiv nach Informationen suchen (Monitors)
- Personen, die Informationen vermeiden oder ausblenden (Blunters)

Manche Menschen suchen nach Informationen, weil dies für sie eine Verringerung von Stress bedeutet. Denn die Information beliefert sie zumindest mit Hinweisreizen, die die Ungewissheit verringern und Perioden von Sicherheit signalisieren. Solche Personen, die gewohnheitsmäßig nach bedrohungsrelevanten Informationen (etwa beim Zahnarzt oder vor einer Operation) Ausschau halten („Monitors“), erleben aber leichter ein höheres Belastungsniveau als Personen, die typischerweise bedrohungsrelevante Informationen zu meiden versuchen („Blunters“). Dies ist besonders dann der Fall, wenn der Stressor weniger schwerwiegend oder von vorübergehender Natur ist.

Aber genauso wie „Hypervigilanz“ („Monitoring“) unangepasst sein kann, kann dies auch für das Gegenteil der Fall sein: „Hypervermeidung“ („Blunting“). Das Nichtwahrnehmenwollen bedrohlicher Reize ist nämlich besonders dann von Nachteil, wenn die Person etwas zur Vermeidung von Schmerz usw. hätte tun können, dies aber unterlassen hat.

Die Frage ist also nicht, ob man in Stresssituationen aktiv Informationen (über Gefahren, Schmerzen usw.) suchen oder vermeiden soll. Das entscheidende Problem besteht vielmehr in der Gefahr, in einen starren Stil der Verarbeitung des Ereignisses zu verfallen. Vereinfacht könnte man sagen, dass in Situationen, wo man eine gewisse Kontrolle über sich und seine Situation hat, intensive Informationssuche (Monitoring) sinnvoll ist, dagegen Informationsvermeidung in unkontrollierbaren Situationen nützlicher ist (Miller, 1990).

Der psychoanalytische Begriff der Verdrängung, der das Nichtwahrhabenwollen von Gedanken und Gefühlen ausdrückt, ist also zu einseitig. Manchmal ist es notwendig und nützlich, Informationen nicht zur Kenntnis zu nehmen oder sich nicht daran zu erinnern. Es gibt natürlich viele Situationen, in denen langfristig große Probleme auftreten, wenn man existierende Probleme nicht zur Kenntnis nimmt. Deshalb ist es sinnvoller, den Begriff der Verleugnung zu gebrauchen.

Wie wichtig dieser Begriff und die ihm zugrundeliegenden Prozesse für die Praxis sind, wird in dem von Breznitz (1983) herausgegebenen Buch „The Denial of Stress“ von verschiedenen Autoren aufgezeigt. Beispielsweise wies Spence in seinem Artikel daraufhin, dass „Patienten manchmal mehr über ihren körperlichen Zustand wissen, als sie selbst ausdrücken können. Vielleicht können sie gewisse Hinweisreize über ihre Gesundheit „lesen“ (erkennen), die sie nicht sprachlich ausdrücken können“ (Breznitz, 1983, S. 125).

3. Das Paradoxe der Verleugnung

Viele Menschen wollen ihren tatsächlichen körperlichen, psychologischen oder zwischenmenschlichen Zustand (z. B. Ehe) nicht wahrhaben und nehmen zum Mechanismus der Verleugnung Zuflucht: Sie vermeiden, der Wahrheit ins Auge zu sehen, sie halten ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden, ihre Ehe, das Verhältnis zu ihren Arbeitskollegen usw. für hervorragend. Offenkundig werden die Widersprüche zu diesem Bild werden nicht zur Kenntnis genommen oder bagatellisiert. Spence (1983) weist jedoch daraufhin, dass Verleugnung nie vollständig sein kann, einiges der negativen Information sickert doch noch durch. Beispielweise zeigten Luborsky et al. (1965) Versuchspersonen mehrere bedrohliche Bilder und zeichneten die Augenbewegung auf. Dabei ergaben sich deutliche Verhaltensunterschiede: Einige der Personen schauten bei einem dieser Bilder sowohl auf die nackten Brüste einer im Vordergrund abgebildeten Frau, als auch auf den im Hintergrund zeitungslisenden Mann. Dagegen schauten Personen, die zu Verdrängung neigten (gemäß dem Rorschachtest), nur auf den Mann im Hintergrund und vermieden es sorgfältig, auf die Brüste zu blicken. Wenn sie später über die Bilder befragt wurden, hatten sie „vergessen“, dass sie sie gesehen hatten.

Man kann also in diesem Falle sagen, dass die Vermeidung nicht zufällig war, sondern dass die Person genau wusste, wohin sie *nicht* schauen sollte. Hier wird auch deutlich, warum es notwendig ist, die Unterschiede verschiedener Gesichtspunkte zu erkennen, die man einheitlich und undifferenziert als „unbewusst“ bezeichnet. Squire und Kandel (1999, S. 27) schreiben nämlich: „Einmal im nichtdeklarativen Gedächtnis gespeichert, wird *dieses* Unbewusste nicht mehr bewusst.“ Dieser Satz zeigt einen entscheidenden Unterschied zum Mechanismus der Verleugnung auf:

„Damit Verleugnung als ein Abwehrmechanismus funktioniert, kann er nur teilweise wirkungsvoll sein; nur dadurch, dass sie es der Person erlaubt, einige der bedrohlichen Informationen zu registrieren, kann sie die Person daraufhin orientieren, wohin sie *nicht* schauen soll“ (Spence, 1983, S. 103).

4. Botschaften aus dem Unbewussten

Dass bei dem Versuch der Verleugnung ein Teil der unangenehmen oder als bedrohlich erlebten Information doch noch durchsickert, hat auch medizinische Bedeutung, besonders für die Diagnose.

Zunächst einmal ist es äußerst interessant, dass auch körperliche Reize sich unbewusst in psychologischen Prozessen wiederfinden können, z. B. in Träumen, in Gesprächen usw.

Eine beginnende Lungenentzündung machte sich im Traume eines Patienten dadurch bemerkbar, dass er träumte, in einer Talkumwüste zu sein, wo die Luft aus Talkum bestand, woran er zu ersticken drohte (Lefcourt, 1980). Richard X hatte nach Schwierigkeiten mit seinem Flugzeug nur noch die Wahl zwischen verschiedenen Übeln. So schien ihm eine Bruchlandung in einer Anhöhe am Ende der Landebahn noch die beste Lösung zu sein. Dabei erlitt er aber schwere Verletzungen.

Trotzdem war Richard X nicht bereit, ein passiver Teilnehmer an seinem Schicksal zu werden. Er bestand im Krankenhaus darauf, an seiner Behandlung und den Entscheidungen darüber Anteil zu haben, und oft traten dabei Schmerzen auf. Ein Beispiel seiner Bereitschaft, Schmerzen als Preis für seine Wiedergenesung zu erleiden, stellten die von ihm selbst entwickelten Übungen dar, die ihm helfen sollten, wieder die Benutzung seiner Hände zu ermöglichen.

Neben derartigen konkreten Handlungen erlebte er auch ein intensives geistiges Phänomen, das er selbst „Isolationshalluzinationen“ nannte.

Wie viele Opfer eines traumatischen Stresses erlebte Richard X den Absturz erneut mehrfach in seinen Träumen. Typisch für Richard X und sein Kontrollbedürfnis war, dass er in den dem Traum folgenden „Halluzinationen“ versuchte, aktiv das Ereignis zu vermeiden, d. h. er versuchte das Flugzeug derart zu steuern, dass die Bruchlandung verhindert wurde.

Im Laufe der Zeit veränderte sich der Inhalt seiner Träume, aber die psychologische Grundstruktur blieb immer gleich: Er war stets derjenige, der aktiv und verantwortlich war.

- In der damaligen Zeit begann der Watergate-Skandal. In seinen Träumen erlebte er mehrere Szenen, in denen er die verantwortliche Person war, die die Schuld für den Einbruch trug.
- In einem anderen lebhaften Traum erfand er eine Maschine, die Winterunterwäsche produzierte und so die Kriegswende im 2. Weltkrieg bewirkte.
- In einem anderen lebhaften Traum befand er sich in einer verdörrten Wüste. Die ganze Welt, einschließlich er selbst und das Kamel, auf dem er ritt, bestand aus Talkpuder. Deshalb versuchte er, nicht zu atmen, um nicht zu ersticken, wenn Talkpuder in seine Lungen käme.

Nun zeigte sich sogar in seinen Träumen, wie Richard X typischerweise seine Probleme anging: Er begann die Folgen zu überlegen, die sich daraus ergeben könnten, wenn er nicht atmete und die Alternativen, die ihm zur Verfügung standen. Er schlussfolgerte:

„Wenn alles aus Talkpuder besteht und auch ich aus Talkpuder bestehe, dann sollte es möglich sein, Talkpuder zu atmen.“ Nach diesen Feststellungen atmete Richard X tief ein. Glücklicherweise erzeugte sein Atmen ein hörbares gurgelndes Geräusch und Husten, da seine Lungen im Begriff waren, sich mit Flüssigkeit zu füllen. Sein Umsichschlagen alarmierte das Krankenhauspersonal, das aus diesen Anzeichen eine beginnende Lungenentzündung erkannte und ihn umgehend diesbezüglich behandelte.

In diesem Traum, bei dem sein **Handeln** ihm das Leben rettete, war Richard X wie bei den anderen Träumen die handelnde Person, die irgendwie mit den Umständen fertig werden musste, die ihm begegneten. Dazu stellte er Überlegungen mit sich an, während er Pläne und Entscheidungen in Betracht zog.

Ein Jahr nach seinem fast tödlichen Unfall war Richard X wieder vollkommen wiederhergestellt und führte das gleiche Leben wie zuvor. Verantwortlich dafür war seine aktive Haltung gegenüber allen Krisen, denen er begegnete, sei es in seinen Träumen, sei es im Alltag. Für Richard X waren Stressoren Hürden, Probleme, die man analysieren und bewältigen kann.

5. Träume als Botschaften des Körpers

In den Träumen von Richard X äußerte sich seine Persönlichkeitsstruktur (starke Kontrollüberzeugung) aber auch Botschaften seines Körpers (beginnende Lungenentzündung). Da oft willkürlich in Träume gewaltsam etwas hineininterpretiert wird, soll folgendes Beispiel zeigen, dass es häufig lediglich die aktuelle körperliche Befindlichkeit ist, die einen Traum auslöst.

In einem Schlafexperiment wurden die Versuchspersonen in zwei von drei Nächten durch stark gewürzte Speisen durstig gemacht. Während sie schliefen, wurden in einer der „Durstnächte“ der Versuchsperson die Worte „ein kühles erfrischendes Glas Wasser“ zugeflüstert. Es ergab sich, dass mehr Durst betreffende Worte in Träumen nach stark gewürztem Essen auftauchten, verglichen mit Träumen nach weniger gewürztem Essen. In jeder Nacht erschienen in den späteren Träumen mehr Durstworte. Die gesprochene

Einflüsterung erzeugte dagegen keine Erhöhung der Durstwerte. Es war also der innere, somatische Reiz und nicht ein äußerer Reiz, der den Trauminhalt bestimmte. (Bokert, 1967, zitiert nach Spence, 1983, S. 108).

6. Die versteckten Botschaften des Körpers in den Worten des Patienten

Somatische Reize können aber auch im Gespräch mit dem Arzt auftauchen, wenn auch in verhüllter Form. Schmale und Iker (1971) interviewten 68 Frauen, bei denen Verdacht auf Gebärmutterhalskrebs bestand. Aus den Interviews heraus wurde die Stärke des Gefühls der Hoffnungslosigkeit erfasst. Kriterien dazu waren:

- langjähriges Gefühl mangelnden Erfolges oder Vergnügens
- mangelnder Zusammenhang zwischen tatsächlichen Leistungen und subjektiven Gefühlen
- Gefühle des Unterganges oder Depression in Zusammenhang mit dem Verhalten der Person.

Schmale und Iker fanden einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Hilflosigkeit und dem Ergebnis der Biopsie. Von den 28 Frauen, die eine positive Diagnose aus der Biopsie erhielten, wurden 68 % korrekt durch das Ausmaß des Gefühls der Hilflosigkeit prognostiziert, von den 40 Frauen mit negativer Diagnose sogar 77% richtig. Zusammenfassend kann man sagen, dass von den 68 Frauen 50 exakt alleine auf der Grundlage des Kriteriums „Hoffnungslosigkeit“ identifiziert wurden.

Patientinnen, bei denen eine Krebsentwicklung im Gange war, projizierten also Gefühle der Hoffnungslosigkeit in das Interview. Schmale und Iker (1971) hatten aber nicht den defensiven Stil der Patientinnen untersucht. Deshalb wurden die Interviews von 62 der Patientinnen auf einer 7-Punkte-Skala eingestuft (Spence, 1983).

Die Skala reichte von vollkommener Verleugnung („Ich habe nichts Schlimmes.“) bis zu offenem Kummer und Besorgnis („Ich bin sicher, dass ich Krebs habe.“). Es wurde dann eine Liste von Wörtern aufgestellt, die Hilflosigkeit und eine Liste, die Hoffnung markieren sollte: schlecht, Furcht, Problem, wertlos, Traum, begierig, Hoffnung.

Diagnostisch aufschlussreich war eine Unterteilung der Patientinnen in eine „besorgte“ Gruppe und eine zur „Verleugnung“ neigende Gruppe.

Bei den offen besorgten Frauen benutzten die krebserkrankten Patientinnen mehr Worte der Hoffnungslosigkeit und weniger Worte der Hoffnung als die Kontrollgruppe (mit negativer Biopsie).

Dagegen waren die Patientinnen, die das Krebsrisiko leugneten, offensichtlich kontrollierter hinsichtlich der Benutzung spezifischer Wörter. Bei dieser Gruppe, die zur Verleugnung neigte, ergaben sich nämlich keine Unterschiede zwischen den krebserkrankten und den kreisfreien Frauen. Allerdings war hier auffällig, dass die krebserkrankten Patientinnen eine größere Anzahl unterschiedlicher Wörter aus dem Bereich „Hoffnungslosigkeit“ benutzten als die kreisfreien.

Deutlich wird der Unterschied zwischen Patientinnen, die zum Abwehrmechanismus der Verleugnung griffen und den offen ihre Besorgnis äußernden Patientinnen, wenn man die Wörter aufzählt, die jeweils am deutlichsten zwischen krebserkrankten und kreisfreien Frauen unterschieden:

„Krebs“ und „Tod“ waren die Wörter, die bei den besorgten Frauen deutlich zwischen krebserkrankten und kreisfreien unterschieden.

Bei Frauen mit Verleugnung unterschieden am meisten: „schwarz“, „abscheulich“, „weinen“, „Schwierigkeit“, „Konflikt“, „abhängig“, „fallen“, „angespannt“, „akzeptieren“, „Belastung“, „Tod“.

Die zur Verleugnung neigenden Patientinnen benutzen also eine größere Anzahl differenzierender Markierungswörter, weil sie ein stärkeres Bedürfnis hatten, die vorliegende Thematik zu verbergen. Wenn sie nur zwei Wörter wie „Krebs“ und „Tod“ immer wieder benutzt hätten, wäre zu viel Information durchgesickert. Auch sind diese Wörter zu deutlich auf Krankheit bezogen. Dagegen betrachtet Spence (1983) die von

Frauen mit Verleugnung benutzten Wörter als Umwandlung der ursprünglichen Krebsthematik, bewirkt durch den Mechanismus der Verschiebung. Diese Wörter besitzen keinen so offensichtlichen Bezug zu der Wahrscheinlichkeit, dass Krebs vorliegt oder die Furcht vor dem Tode. Es werden weniger bedrohliche Markierungswörter benutzt, die das Thema der Hoffnungslosigkeit verwässern und den Einfluss eines Lecks vermindern.

Informationen über den vor sich gehenden Krankheitsprozess drangen offensichtlich zu den Patientinnen mit einer positiven Biopsie durch. Aber sie waren derart verteilt, dass die Konzentration negativer Informationen an einer Stelle verhindert wurde, was der Fall gewesen wäre, wenn man die beiden Wörter „Krebs“ und „Tod“ in einem Satz benutzt hätte. Wenn diese Wörter aber durch 15 Minuten Sprechen getrennt sind, bedarf es schon eines guten Zuhörers, um diese Beziehung herzustellen.

Bei den Äußerungen eines Menschen, der den Abwehrmechanismus der Verleugnung benutzt, findet man zwei Mechanismen:

- 1) Die Markierungswörter werden über einen längeren Zeitraum verteilt.
- 2) Die Wiederholung einzelner Wörter wird eingeschränkt.

Diese beiden Mechanismen helfen, das Thema der Hoffnungslosigkeit sowohl von dem Sprecher als auch dem Zuhörer zu verbergen. Das zugrundeliegende Thema des Gespräches zieht damit nicht die Aufmerksamkeit auf sich.

Fazit:

Patienten wissen oft mehr über ihren körperlichen Zustand, als sie selbst äußern können. Sie können gewisse Reize über ihren Gesundheitszustand wahrnehmen, die sie aber sprachlich nicht formulieren können.

Die Ausführungen von Spence (1983) haben aber auch Konsequenzen für das Sprachverhalten von Ärzten. Er zitiert einen Krebspatienten, der sich kritisch mit den sprachlichen Äußerungen auseinandersetzt, durch die Warnungen übermittelt werden. Der Arzt sagt z. B.: „Sie werden eine Menge Schmerzen haben, aber wir haben die Medikamente, um Ihnen zu helfen“ oder „Chemotherapie ist stark toxisch, und Sie werden Ihr Haar verlieren, und Ihnen wird schlecht“.

Die Ansammlung negativer Markierungswörter verstärkt die Verleugnung. Wenn der Patient den Satz hört „Chemotherapie ist stark toxisch“, hört er „toxisch“ mit allen negativen Bedeutungen.

Es werden deshalb Alternativen vorgeschlagen: „Sie werden sehr wirkungsvolle Medikamente erhalten, die in der Lage sind, rasch wachsende Zellen zu töten“ oder (noch besser) „Sie werden sehr wirkungsvolle Medikamenten erhalten, die bei anderen Patienten Wunder bewirkt haben“ (Spence, 1983, S. 122).

Literatur

- Breznitz, S. (Ed.) (1983). *The denial of stress*. New York: International Universities Press.
- Lefcourt, H. M. (1980). Locus of control and coping with life's events. In E. Staub (Ed.), *Personality: Basic aspects and current research* (pp. 200—235). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Luborsky, L. et al. (1965). Looking, recalling, and GSR as a function of defense. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 5. 270—280.
- Miller, S. M. (1990). Individual Differences in the Coping Process: What to Know and When to Know It. In Carpenter, B. (Ed.), *Personal Coping: Theory, Research, and Application*. New York: Praeger.
- Perrig, W. J. et al. (1993). *Unbewusste Informationsverarbeitung*. Bern: Huber.
- Schmale, A. & Iker, H. (1971). Hopelessness as a predictor of cervical cancer. *Soc. Sci. & Med.*, 5, .95—100.
- Spence, D. P. (1983). The paradox of denial. In Breznitz, S. (Ed.) *The denial of stress* (pp.103— 123) New York: International Universities Press,
- Squire, L. R. & Kandel, E. R. (1999). *Gedächtnis*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.