

Krankheitsverleugnung: Ein noch zu verfeinerndes Konzept *

Denial of illness: A concept in search of refinement

Walter Vandereycken¹ und Rolf Meermann²

Zusammenfassung

Wenige Konzepte werden auf so verschiedene Art und Weise in einem so breiten Bereich angewendet wie das Konzept der Krankheitsverleugnung. Es wurde als ein bewusster oder unbewusster psychologischer Abwehrmechanismus beschrieben, eine psychoseähnliche Realitätsverzerrung, ein Symptom neurobiologischer Beeinträchtigung (Anosognosie) und als ein Copingprozess (kognitiv, interpersonal, adaptiv oder maladaptiv). Krankheitsverleugnung wurde mit Erkennung von Symptomen, Aufsuchen medizinischer Hilfe, psychologischer Anpassung an Diagnose und Krankheit, Befolgen von therapeutischen Verordnungen und der Prognose in Zusammenhang gebracht. In diesem Überblick über die verschiedenen Komponenten und Dimensionen der Krankheitsverleugnung soll das Wesen des Konzepts mit seinen vielen verschiedenen Facetten reflektiert werden. Die definitorischen Schwierigkeiten können nicht unabhängig von den verschiedenen theoretischen Ansätzen, die die Mechanismen der Verleugnung erklären, gesehen werden. Deshalb werden die verschiedenen Konzepte und Interpretationen aus einer organischen (neuropsychologischen), psychodynamischen, kognitiven, sozialpsychologischen und interpersonalen Sichtweise überblicksartig dargestellt. In der klinischen Praxis sollte eine klare Unterscheidung zwischen einer mangelnden Selbstwahrnehmung (aufgrund einer biologisch beeinträchtigten Informationsverarbeitung) und Verleugnung als einem psychologischen Selbstschutz, je nach Belastung durch die Situation, der Persönlichkeit und dem Hintergrund der Person sowie der Interaktion mit dem sozialen Umfeld, getroffen werden. Eine absichtliche Verweigerung der Selbstoffenbarung, die oft mit dem Mimen von Gesundheit („fake good“) in Zusammenhang gebracht wird, hat praktisch immer eine interaktionale Bedeutung. Besonders der Einfluss des interpersonalen Zusammenhangs wird von Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind (Healthcare Professionals), unterschätzt.

Schlüsselwörter Krankheitsverleugnung – Einsicht – Anosognosie – Täuschung – fake good – Motivation

Summary

Few concepts are so widely and, at the same time, divergently used as denial of illness. It has been described as a conscious or unconscious psychological defense, a psychotic-like reality distortion, a sign of neurobiological impairment (anosognosia), and a coping process (cognitive, interpersonal, adaptive or maladaptive). It has been related to recognizing symptoms, seeking medical help, psychological adjustment to diagnosis and illness, adherence to therapeutic prescriptions, and prognosis. This multifaceted nature is reflected by this review of the different components and dimensions of denial of illness. The definitional complexities cannot be disentangled from the different theoretical frameworks used to explain the mechanisms of denial. Therefore, concepts and interpretations are reviewed from an organic (neuropsychological), psychodynamic, cognitive, social-psychological and interpersonal viewpoint. In clinical practice, a clear distinction should be made between deficient self-perception (due to biologically impaired information processing) and denial as psychological self-protection depending on the distressing nature of the situation, the person's personality and background, as well as the interaction with the social environment. A deliberate refusal of self-disclosure, often linked to mimicking health ("fake good"), has virtually always an interactional meaning. In particular this influence of the interpersonal context is underestimated by health care professionals.

Keywords denial of illness – insight – anosognosia – deception – fake good – motivation

¹ Fachbereich für Psychologie, Katholische Universität Leuven, Belgien

² Medizinische Hochschule Hannover

* überarbeitete und aktualisierte Fassung von:

Vandereycken W (2005): Denial of Illness: A concept in search of refinement. In: A. Columbus (ed.): Advances in Psychology Research, Vol. 37, pp. 63-95. New York: Nova Science Publishers, Inc. Aus dem Englischen von K. Oßwald und A. Schindler
Die Autoren danken Dr. Ernst-Jürgen Borgart für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

1 Einleitung

Das Konzept der „**Verleugnung**“, das aus der Psychoanalyse stammt, bezog sich ursprünglich auf einen primitiven Abwehrmechanismus im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen. Im Vorwort eines einflussreichen Buches zu diesem Thema bemerken die Herausgeber (Edelstein, Nathanson und Stone, 1989), dass Verleugnung im Allgemeinen eine negative Konnotation hat und hauptsächlich als ein Vermeidungssystem angesehen wird. Aus dieser Sicht – Verleugnung als ein Mangel an Realitätsbewusstsein – wird der Begriff leicht mit einer Art Ausfall in Zusammenhang gebracht und hierdurch zu einem Anzeichen für Pathologie. Aber neben Verleugnung als Abwehr gibt es die Fertigkeit Verleugnung mit ihrer Beziehung zu Mut, Tapferkeit und Kreativität: der Krebspatient, der durch das Leugnen des Fortschritts seiner Erkrankung eine quälende Chemotherapie hinnehmen kann; die schwitzende und zitternde Ärztin, die ihr Fieber ignoriert, während sie ihre Arbeit zu Ende führt; der Soldat, der unter Missachtung eines fast sicheren Todes versucht, seinen Kameraden in Sicherheit zu bringen (Edelstein et al., 1989). Ein ähnliches Spektrum an Konnotationen wurde dem Begriff „**Krankheitsverleugnung**“ angehaftet. Im letzten Jahrhundert wurde er in so vielfältiger Art und Weise von Klinikern konzeptualisiert und von Forschern operationalisiert, dass er nicht nur seine ursprüngliche psychodynamische Bedeutung verlor, sondern auch ein heterogener und verwirrender Begriff wurde. Der Begriff kann auch missbraucht werden, um Patienten zu etikettieren, die nicht in das Erwartungsmodell der (paternalistischen) Medizin passen, da sie nach alternativen Meinungen suchen, hinsichtlich der empfohlenen medizinischen Versorgung nicht compliant sind oder nicht die erwarteten emotionalen Reaktionen zeigen (Cousins, 1982). Dasselbe gilt für das Benutzen von Verleugnung als Synonym für die Weigerung, medizinische Informationen zu akzeptieren. Auf der anderen Seite kann Verleugnung auch gefördert werden, implizit oder explizit, um die Konfrontation mit der Realität eines lebensbedrohlichen Zustandes zu vermeiden. Sollten Healthcare Professionals der Verleugnung entgegentreten oder in stillschweigendem Einverständnis mit ihr zusammenwirken? Die Überlegung, dass Verleugnung mit einem längeren Überleben in Zusammenhang steht, zusammen mit dem allgemeinen Druck, die Hoffnung aufrechtzuerhalten, kann dies zu einem delikaten und konfliktbehafteten Thema in der Pflege von Patienten im Endstadium machen (Connor, 1992; Greer, 1992; Ross et al., 1992). Die Diskussion über die (Dys-)Funktionalität von Verleugnung kann folgendermaßen zusammengefasst werden: Ist Verleugnung eine Fertigkeit oder ein Handikap? Wann fungiert sie als eine hilfreiche Abwehr, und wann wird sie selbst zu einer Gefahr? Das Mindeste, was man sagen kann, ist, dass Krankheitsverleugnung sich auf einen facettenreichen Begriff bezieht, der das kaleidoskopartige Denken von heutigen Psychiatern und ihre Betrachtungsweisen widerspiegelt. Dieses facettenreiche Wesen macht es jedoch schwierig, den Begriff zu fassen, was vielleicht den Mangel an Monographien über das Thema erklärt (Brennitz, 1983; Dorpat, 1985; Edelstein et al., 1989; Weinstein und Kahn, 1955). Aus diesem Grund wer-

den wir in diesem Artikel versuchen, einen knappen, aber verständlichen Überblick zu präsentieren, der hoffentlich zu einem differenzierteren Gebrauch des Konzepts führen wird.

2 Konzeptualisierung

Ein Mangel an **Einsicht** scheint ein häufiger Weg für verschiedene psychopathologische Prozesse zu sein und kann unterschiedliche Bedeutungen in den verschiedenen Krankheitsphasen haben. Einsicht ist jedoch kein Alles-oder-nichts-Phänomen, sondern beinhaltet mehrere Dimensionen: sich bewusst sein, eine Krankheit zu haben; sich eingestehen, eine Behandlung zu benötigen, und das Attribuieren der Symptome und Anzeichen auf eine Krankheit (David, 1990; Fennig et al., 1996). Das Gleichsetzen von Mangel an Einsicht mit Krankheitsverleugnung ist eine der vielen Verwechslungen, die man häufig in der Literatur findet. Darüber hinaus wurde die Forschung über Verleugnung durch mangelnden Konsens darüber behindert, ob sie bewusst versus unbewusst, ein Trait versus ein State, ein Anzeichen für eine psychologische Störung versus ein funktioneller Copingmechanismus ist. Deshalb empfehlen Moyer und Levine (1998), dass künftige Studien explizite Definitionen von Verleugnung zur Verfügung stellen und multiple Maße nutzen, um verschiedene Modalitäten zu mehreren Zeitpunkten während des Krankheitsverlaufes zu beurteilen. Diesem Ratschlag folgend werden wir in diesem Teil versuchen, die Definitionsprobleme und konzeptionellen Fragen zu klären. Während dieses eher schwierigen Unterfangens haben wir schnell erkannt, dass eine Definition fast unweigerlich zu einer Erklärung wird. Dennoch haben wir, wann immer es möglich war, versucht, Beschreibung von Interpretation zu trennen, und werden deshalb die verschiedenen theoretischen Ansätze in einem separaten Abschnitt diskutieren.

2.1 Definitionen

Die Benutzung des Begriffes Verleugnung stand unzweifelhaft unter starker Beeinflussung durch das psychoanalytische Denken. Dennoch hat er eine viel längere Geschichte und eine viel breitere Bedeutung. Gemäß dem *Oxford Dictionary* geht das englische Wort *denial* mit seinen verschiedenen Bedeutungen schon bis ins 16. Jahrhundert zurück: „nein“ sagen; die Verweigerung von etwas Erbetenem oder Erwünschtem; die Behauptung, dass etwas falsch oder unhaltbar ist; das Bestreiten der Realität oder der Existenz einer Sache und schließlich die Weigerung, etwas einzugestehen, eine Leugnung, Nichtanerkennung. Dieser sprachliche Reichtum mag zu den Verwirrungen beim Benutzen des Begriffes beigetragen haben. Die Beschreibung von Verleugnung im *Comprehensive Textbook of Psychiatry* von Kaplan und Sadock ist wahrscheinlich charakteristisch für den aktuellen Stand. Zuerst findet man, wenig überraschend, eine Definition in dem Teil zur Psychoanalyse. Verleugnung wird unter den narzisstischen Abwehrmechanismen klassifiziert und definiert als „Vermeidung der Bewusstheit eines schmerzhaften Aspektes der Realität, indem sensorische Informationen negiert werden“ (Gabbard, 2000, S. 584). Die zweite Beschreibung findet man im Kapitel zu Anzeichen und Symptomen: „Abwehrmechanismus,

durch den die Existenz von unangenehmen Tatsachen nicht anerkannt wird; bezieht sich auf das Heraushalten jeglicher Aspekte der externen Realität aus dem Bewusstsein, deren Anerkennen Angst erzeugen würde" (Sadock, 2000, S. 681). Während die erste Definition überraschend wenig psychoanalytisch klingt, kann Freuds Vermächtnis in der zweiten Definition, welche die neutralste Beschreibung hätte sein sollen (!), nicht bestritten werden. Das Problem mit dieser Art von Definitionen – wir begegneten diesen in zahlreichen anderen Veröffentlichungen zu diesem Thema – liegt in dem Vermischen von Beschreibung und Interpretation sowie in der Verwechslung zwischen einem Phänomen („Symptom“) und einem Prozess (Erklärungsmechanismus). Dies spiegelt die psychodynamische Tradition bei der Verwendung des Begriffes unzweifelhaft wider.

Im psychoanalytischen Denken ist *denial* oder *disavowal* – der von Freud bevorzugte Begriff – eine Übersetzung von *Verleugnung*, dem unbewussten Prozess der Selbsttäuschung, durch den Personen sich selbst vor der Wahrnehmung einer angstauslösenden Realität schützen, indem sie deren Bedeutung nicht anerkennen. Freud sah sie als einen typischen Abwehrmechanismus zum Aufbau eines kohäsiven Selbst an (Basch, 1983). Nach Freud (1924) ist die Nichtanerkennung der externen Realität – die Ablehnung oder das Bestreiten der Realität – charakteristisch für den „Verlust der Realität“ des Psychotikers, während das „Fliehen vor der Realität“ des Neurotikers nur eine Verzerrung bezüglich eines begrenzten konfliktbehafteten Bereichs bedeutet, den er zu ignorieren oder zu vermeiden versucht. Verleugnung sollte von *Verneinung* unterschieden werden, d. h. aus Prinzip etwas ablehnen, dessen Vorhandensein man jedoch zugibt. In den Begrifflichkeiten Freuds ist es die Modalität des Denkens – auf einem vorbewussten-bewussten Niveau arbeitend –, die es einer verdrängten Repräsentation erlaubt, in einer verschleierte Form ins Bewusstsein zu gelangen (Sacerdoti und Semi, 1989). In allgemeineren Begrifflichkeiten sprechen wir von Verzicht, wodurch der Mensch als ein Wesen aufgefasst wird, das „nein“ sagen kann (Werblowsky, 1983). Schließlich unterscheidet sich Verleugnung in der psychodynamischen Theorie dadurch von *Verdrängung*, dass sie als eine Abwehr gegen Gefahren aus der externen Umwelt dient, im Gegensatz zu internalen, im Grunde instinktiven Gefahren. Was verleugnet oder nicht anerkannt wird, ist immer ein beunruhigender oder schmerzhafter Aspekt der externen Realität (einschließlich des eigenen Körpers), während bei der Verdrängung Ableitungen unbewusster Konflikte in Zusammenhang mit instinktiven Wünschen, Phantasien oder Impulsen vom Bewusstsein ausgeschlossen werden (Shanan, 1989).

In der psychologischen und psychiatrischen Literatur wurden viele andere Konzepte mit Verleugnung in Verbindung gebracht: Vermeidung, Unglauben, Ausweichen, Illusion, Minimierung, Optimismus, Rationalisierung usw. (Wheeler und Lord, 1999). Einige dieser Begriffe werden später noch diskutiert werden, da sie sich womöglich auf grundlegende Faktoren oder Erklärungsprozesse der Krankheitsverleugnung beziehen (s. Abschnitt „Interpretation“). Neben der umfassenden Verleugnung – dem vollständigen Bestreiten einer Tatsache trotz gegenteiligen Beweises – gibt es verschiedene

Variationen, Grade oder Erscheinungsformen, wie im nächsten Abschnitt beschrieben wird. *Minimierung* ist die Tendenz, die persönliche Bedeutung einer Information über den eigenen Zustand (hier: die Gesundheit) zu verringern. Sie impliziert, dass die bedrohlichen Aspekte der Situation als solche wahrgenommen werden, durch partielle Verleugnung oder Rationalisierung jedoch in einer mildereren Form. *Rationalisierung* bezieht sich auf das Suchen akzeptabler Gründe oder Erklärungen für unakzeptable Verhaltensweisen oder Zustände (s. Abschnitt „Neutralisierung und kognitive Dissonanz“). Es gibt keinen Konsens bezüglich der Kriterien für „gesunde“ versus „pathologische“ Verleugnung: Beziehen sich diese Ausdrücke auf das Ausmaß, zu dem die Realität nicht anerkannt wird, oder auf den Grad, zu dem ein erwarteter Affekt ausbleibt (Strauss et al., 1990)? Offensichtlich steht dies in Beziehung zu der Interpretation von Verleugnung als einem Copingmechanismus. Es kann eine Möglichkeit sein, mit dem (vorübergehend) Unakzeptablen umzugehen, wodurch der Person ermöglicht wird, so zu tun, als ob sich nichts verändert hätte. Krankheitsverleugnung kann verschiedene Funktionen haben: die Vermeidung oder Milderung der schmerzhaften Realität der Krankheit; das Aufrechterhalten der Hoffnung („Die gute Nachricht ist, dass die schlechte Nachricht falsch ist“); der Tapferkeit erlauben, beim Ertragen unverständlichen Leids zu helfen. Ob es sich um einen adaptiven oder maladaptiven Copingprozess handelt, wird vom Ergebnis abhängen: Erleichterung oder Bewahrung der persönlichen Integrität (Homöostase, Status quo) versus Beitrag zu einer noch größeren Fehlanpassung an das Leben.

2.2 Grade, Stadien oder Formen von Verleugnung

Basierend auf ihren Erfahrungen mit Krebspatienten haben Salander und Windahl (1999) eine Rekonzeptualisierung vorgeschlagen, die zwischen drei Prozessen unterscheidet: Vermeidung, Verleugnung und Nichtanerkennung (Letztere umfasst die meisten alltäglichen Erfahrungen von Krebspatienten). Vermeidung ist ein bewusster Prozess, der die freiwillige Entscheidung, Informationen zu meiden („Ich möchte nichts davon wissen“), beinhaltet. Der Kern der Nichtanerkennung, die einen vorbewussten Prozess darstellt, ist die Verzerrung der affektiven Bedeutung („Andere sind viel schlimmer dran“). Verleugnung schließlich wird als ein unbewusster Prozess der Wahrnehmungsverzerrung angesehen, als eine Art Skotomisation der Realität („Nein, es ist nicht Krebs“), was automatisch ein Bestreiten der (bedrohlichen) Bedeutung beinhaltet. Verleugnung bezieht sich auf problemorientiertes Coping, indem es direkt auf die Realität einwirkt, während sowohl Vermeidung als auch Nichtanerkennung Formen von emotionsorientiertem Coping darstellen, die auf die affektiven Qualitäten der jeweiligen Realität fokussieren. Der Vermeider fürchtet „schlechte Neuigkeiten“ und zieht es vor, „die Neuigkeiten nicht zu wissen“. Bei der Nichtanerkennung wird die Realität als solche (die „Neuigkeiten“) registriert und anerkannt, aber ihre affektive Bedeutung oder Signifikanz für die Person (die „Schlechtigkeit“ der Neuigkeit) wird nicht beachtet oder rekonstruiert. Sowohl Vermeidung als auch Nichtanerkennung sind tatsächlich Formen der Selbsttäuschung angesichts korrekter Wahrnehmung (s. Abschnitt „Selbsttäuschung“).

Eine verbreitete Unterscheidung betrifft Verleugnung von Tatsachen versus Verleugnung von Implikationen (Lazarus, 1983). Bezugnehmend auf Krankheiten im Endstadium schlug Weisman (1972, 1989) eine Hierarchie der Verleugnung vor, die sich auf das Ausmaß an Akzeptanz der allgemeinen Realität bezieht: bei der Verleugnung erster Ordnung werden Tatsachen (die Existenz und das Ausmaß der Krankheit) zurückgewiesen; bei der Verleugnung zweiter Ordnung werden die wesentlichen Tatsachen (eine potenziell schädigende oder bedrohliche Krankheit) akzeptiert, jedoch nicht deren Tragweite (Beeinträchtigungen und Risiken, die auf die Krankheit zurückzuführen sind); bei der Verleugnung dritter Ordnung wird das langfristige Ergebnis, insbesondere die Implikation von Tod, nicht akzeptiert. Auf einer ähnlichen Dimension von Realitätsverzerrung hat Breznitz (1983) sieben Niveaus oder Stadien von Verleugnung beschrieben, die sich auf das Ausmaß oder die Intensität der bedrohlichen Information beziehen, die eine Person verarbeiten muss. Sowie die Anzahl an Gegenbeweisen ansteigt und/oder diese im Bewusstsein zugelassen werden, muss zur Fortführung der Verleugnung in ein höheres Niveau übergegangen werden: von der bloßen Verleugnung der Existenz der Beeinträchtigung bis hin zur Verleugnung ihres bedrohlichen Wesens, der persönlichen Bedeutung, Dringlichkeit, Verletzlichkeit, Verantwortung und des Affekts.

Verleugnung impliziert eine Realitätsverzerrung, welche die affektive Reaktion auf diese veränderte Realität akzeptabler macht. Solche Veränderungen – durch Mechanismen, die in psychodynamischen oder kognitiven Fachausdrücken beschrieben werden können (s. Abschnitt „Interpretation“) – können von milden („normalen“) über mäßige („neurotische“) bis hin zu schwerwiegenden („psychotischen“) Verzerrungen reichen. Lazarus (1983) merkte jedoch an, dass man nicht verleugnen kann, was nicht bekannt ist. Wenn jemand die Realität seiner/ihrer Krankheit nicht erkennt, sollten wir also zuerst die Möglichkeit der Unwissenheit oder den Mangel an (guter) Information ausschließen. Sogenannte Verleugnung kann tatsächlich auf zwischenmenschliches Misstrauen, Kommunikationsprobleme, mangelhafte Information oder Mangel an Verständnis zurückzuführen sein (Shelp und Perl, 1985). Zum anderen können wir nach Erlich (1989, S. 145) „eigentlich nur von Verleugnung sprechen, wenn gleichzeitig ansonsten eine gute Realitätsüberprüfung besteht“. Dies würde bedeuten, dass Krankheitsverleugnung nicht auf ein beeinträchtigtes Bewusstsein oder auf eine verzerrte Realitätsüberprüfung attribuiert werden kann. Diese Annahmen sind nur haltbar, wenn man den Verleugnungsprozess auf einen „rein“ psychologischen (psychodynamischen, kognitiven) Prozess einschränkt. Wie wir später diskutieren werden (s. Abschnitt „Interpretation“), ist diese Ansicht sowohl aus pragmatischen als auch aus theoretischen Gründen zu eng und wird der Komplexität von Verleugnung in der klinischen Praxis nicht gerecht. Wir berühren hier ein schwieriges, jedoch immer wiederkehrendes Problem beim Verstehen von Verleugnung: Ist darin, und in welchem Ausmaß, eine *bewusste Handlung* enthalten? Wurmser (1989) formulierte es folgendermaßen: „Wo Verleugnung ist, da gibt es auch eine gewisse Registrierung dessen, was blockiert wurde“ (S. 180). Spence (1983) verweist

auf das Paradoxon, dass der verleugnende Patient begrenzten Kontakt mit dem verleugneten Material haben muss, um es vor dem Bewusstsein versteckt zu halten. Oder, wie Goldberger (1983) es ausdrückt, „das verleugnete Material (d. h. externe Stimuli, Empfindungen, Kognitionen und affektive Dispositionen) ist nicht verloren, sondern aufbewahrt und zu einem gewissen Grad verarbeitet“ (S. 88). In der Diskussion, die der Arbeit Goldbergers folgte, wurden Fragen gestellt, wie: Verleugnet eine Person, die sich ihrer Verleugnung bewusst ist, wirklich, oder ist nicht bei allen Verleugnungen ein gewisses Ausmaß an „Verleugnungsverleugnung“ inhärent? Die Quintessenz scheint eine Debatte über *Wahrhaftigkeit versus Täuschung* zu sein. In Lazarus' (1983) Worten: „Eine partielle Verleugnung bringt die Fähigkeit mit sich, die verleugnete ‚Realität‘ ins Bewusstsein zu lassen oder auf das verleugnete Wissen einzuwirken, wenn es notwendig ist. Es ist keine vollständige Selbsttäuschung, sondern nur eine vorläufige ‚Verschiebung von Überzeugungen‘“ (S. 11-12). Wenn Verleugnung partiell, vorläufig oder mit geringerem Gültigkeitsbereich (Minimierung) ist, so ist sie „näher an der Bedeutung von ‚als ob‘, an Illusion in der eher wörtlichen Verwendung oder an brauchbaren Fiktionen oder Annahmen“ (Lazarus, 1983, S. 25). Dennoch scheinen bemerkenswerterweise die meisten Autoren zu diesem Thema nicht an der verbalen Ehrlichkeit der Klienten/Patienten zu zweifeln. Im Gegensatz dazu werden wir betonen, dass Krankheitsverleugnung das Resultat einer Weigerung, persönliche Information zu offenbaren, sein kann. Obwohl man sich fragen kann, ob damit eine Art Selbsttäuschung einhergehen könnte, wie es bei den artifiziellen Störungen der Fall ist, hat Krankheitsverleugnung in der Form der „artifiziellen Gesundheit“ oder des „faking good“ eine Hauptfunktion: die Außenwelt fehlzuleiten (s. Abschnitt „Die Täuschung anderer“).

2.3 Anosognosie

Im Jahr 1955 veröffentlichten der Neurologe Edwin Weinstein und der Psychologe Robert Kahn *Denial of Illness (Krankheitsverleugnung)*, ein Buch, das nun als ein Klassiker zu diesem Thema gilt. Es erneuerte das Interesse an einem speziellen Phänomen, das in Beziehung zu Hirnläsionen steht: „Anosognosie“. Dieser Begriff – der wörtlich fehlendes Wissen über die Existenz der Erkrankung bedeutet – wurde 1914 von dem französischen Neurologen Babinski eingeführt, um das Nichtbewusstsein linksseitiger Hemiplegie zu benennen. Weinstein und Kahns theoretische Interpretation war weniger hinsichtlich eines Körperschemas, das in einem spezifischen Teil des Gehirns lokalisiert ist, formuliert. Das Konzept der Anosognosie wurde vielmehr in einen breiteren Kontext mit Krankheitsverleugnung nichtneurologischen Ursprungs eingeordnet und von einer psychodynamischen Perspektive interpretiert, die in jenen Tagen das psychiatrische Denken beherrschte. Dies erklärt, warum Weinstein und Kahn die Bedeutung der prämorbidem Persönlichkeit als einen Faktor hervorhoben, der das Muster der Verleugnung (von expliziter verbaler bis hin zur impliziten Verleugnung) bestimmt. Ihre Ansicht: „Der Effekt der Hirnverletzung ist es, ein Milieu veränderter Funktion bereitzustellen, mit der der Patient alles verleugnen kann, was er glaubt, was mit ihm nicht

stimmt. In jedem existiert eine Motivation, Krankheit und Unvermögen zu verleugnen, und das Niveau der Hirnfunktion bestimmt die genaue perzeptuell-symbolische Organisation oder Sprache, in der sie ausgedrückt wird" (S. 123). Jedes Unvermögen oder jeder Defekt kann verleugnet werden, ob es sich dabei um eine Hemiplegie, die Tatsache einer Operation oder um eine unglückliche Lebenssituation handelt. Bei Patienten mit Hirnläsionen ist es nicht nur die Frage der Nichtwahrnehmung oder Unachtsamkeit, sondern auch die Motivation des Individuums, seine Integrität zu wahren: „Beim Patienten mit Anosognosie ist das Bedürfnis, die Katastrophe zu vermeiden, so überwältigend, dass er nicht in Form von Wahrheit oder Lüge, Logik oder Unlogik zu denken scheint, sondern nur im Sinne von Überleben oder Zerstörung" (Weinstein und Kahn, 1955, S. 128).

Etwa zwanzig Jahre später gab Weinstein das erste Buch, das sich ausschließlich dem unilateralen Neglekt widmete, mit heraus. In *Hemi-Inattention and Hemisphere Specialization (Hemi-Unaufmerksamkeit und Hemisphärenspezialisierung)* (Weinstein und Friedland, 1977) wurde behauptet, dass Motivationstheorien das Überwiegen rechtshemisphärischer Läsionen gegenüber linkshemisphärischen Läsionen bei Anosognosie nicht erklären könnten. Die grundlegende Pathologie ist ihrem Wesen nach sensorisch-perzeptuell, ähnlich wie bei der Agnosie (Defizit bei der Erkennung eines Reizes oder Objektes), wird aber vollständiger ausgedrückt im Begriff „Neglekt“: eine Unfähigkeit, von neuen oder bedeutsamen Stimuli, die auf der gegenüberliegenden Seite der Hirnläsion liegen, zu berichten, auf sie zu reagieren oder sich an ihnen zu orientieren, was auf fälschliche Vermittlung sowohl der sensorischen als auch der motorischen Intention zurückzuführen ist. Die psychologische Hypothese bezüglich Verleugnung kann weder die hemisphärischen Asymmetrien erklären noch, warum einige Patienten die eine Beeinträchtigung verleugnen und ein anderes, gleichermaßen beeinträchtigendes Defizit anerkennen. Aus diesem Grund wird die (Beeinträchtigungs- oder) Krankheitsverleugnung bei Patienten mit Hirnverletzung nicht länger als ein psychologisches Phänomen angesehen, sondern als eine behaviorale Manifestation eines fokalen neurologischen Defizits (Shalev, 1989; Weinstein, 1991). Bei Fällen von linksseitiger Hemiplegie aufgrund einer fokalen Läsion im rechten Parietallappen ist es verbreitet, dass Patienten verleugnen, ignorieren, vernachlässigen, minimieren, Witze über ihre Glieder der linken Seite machen oder sich von ihnen entfremdet fühlen. Eine ähnliche, aber weniger häufige Verleugnung betrifft die Blindheit bei bilateralen okzipitalen Läsionen. Im Vergleich zu „Gleichgültigkeitsreaktionen" bei Patienten mit einer Schädigung der rechten Hirnhälfte werden emotionale Reaktionen (einschließlich katastrophaler Reaktionen, Ängstlichkeit, Depression, Wut) häufiger bei Patienten mit Läsionen auf der linken Hemisphäre vorgefunden. Letztere sind hauptsächlich auf deutliche Schwierigkeiten im verbalen Ausdruck zurückzuführen (Entwicklung einer Aphasie), während die Gleichgültigkeit beim Patienten mit rechtsseitiger Hirnschädigung als ein Ausdruck von Neglektphänomenen bezüglich der anderen Körper- und Raumhälfte (Hemi-Unaufmerksamkeit) angesehen wird. Anstatt auf eine psychologische Verleugnung von Be-

einträchtigung – die bei einigen Patienten eine zusätzliche Rolle spielen kann – wird Gleichgültigkeit also hauptsächlich auf eine neurologische Beeinträchtigung der Selbstaufmerksamkeit und Selbstregulation attribuiert (Ownsworth et al., 2002).

Anosognosie hat Kliniker und Forscher dazu inspiriert, eine kognitive Neuropsychologie der Selbstaufmerksamkeit zu entwickeln (z. B. Heilman et al., 1998; Schacter, 1990). Der offensichtliche Bewusstseinsmangel von Patienten hinsichtlich ihrer Defizite nach Gehirnverletzung wurde durch mehrere Faktoren erklärt: Defizite höherer mentaler Funktionen, wie beispielsweise beeinträchtigte Kognition (besonders Defizite des Gedächtnisses und des schlussfolgernden Denkens); visuospatialer Neglekt und beeinträchtigter sensorischer Input (besonders propriozeptiv); eine abnorme Repräsentation des Körperbildes und schließlich psychologische Reaktanz und Verleugnung von Defiziten, die gewöhnlich mit psychodynamischen Abwehrmechanismen und/oder prämorbidem Persönlichkeitsfaktoren in Verbindung gebracht werden (Ellis und Small, 1993; Giacino und Cicerone, 1998). Die Erklärungen sind bei jedem Patienten wahrscheinlich komplex und durch mehrere Faktoren beeinflusst. Das Vorhandensein eines Mechanismus der Anosognosie schließt die Möglichkeit, dass auch andere Mechanismen wirken könnten, nicht aus. Was auch immer die jeweilige Erklärung ist, die moderne Konzeptualisierung der Anosognosie impliziert, dass es besser wäre, einen Begriff wie *beeinträchtigte Wahrnehmung* oder *Nichtbewusstsein einer Beeinträchtigung* zu benutzen als Verleugnung. Dieser Ansatz hat nicht nur bedeutsame Implikationen für Rehabilitationsmaßnahmen (Katz et al., 2002), er hat auch andere dazu inspiriert, den Begriff der Verleugnung bei psychischen Störungen, wie der Schizophrenie (Lele und Joglekar, 1998), der Anorexia nervosa (Casper und Heller, 1991) und Abhängigkeiten (Duffy, 1995; Rinn et al., 2002), zu revidieren.

2.4 Verleugnung als Copingprozess bei somatischen Erkrankungen

Eine Person, die mit der Diagnose einer ernsthaften somatischen Erkrankung konfrontiert ist, kann verschiedene Stadien eines Copingprozesses durchlaufen, der mit dem Trauerprozess nach einem bedeutsamen Verlust vergleichbar ist: Schock, Verleugnung, Zögern, Verhandeln, Depression, Wut und Anpassung (Mekarksi, 1999). Da die Patienten nicht auf die erschütternde Information vorbereitet sind, reagieren sie zunächst mit Verwirrung und offenem Unglauben, was dann zu einer adaptiven Verleugnung als einer psychologischen Überlebensstrategie führt. Verleugnung ermöglicht eine Art der kurzfristigen Bewältigung, während effektivere Strategien organisiert werden, um den Anpassungsprozess zu durchlaufen. In diesem Sinne wird Verleugnung als eine Phase gesunder Anpassung angesehen, als ein Stadium eines adaptiven Prozesses, der jedoch im Laufe der Zeit maladaptiv oder pathologisch werden kann. Die variierende Bedeutung von Verleugnung wurde bei Krebspatienten weitreichend untersucht. Sie kann einen positiven Effekt haben, sofern sie in der ersten Bewältigungsphase, nach der Diagnosestellung, angewandt wird, da sie Angst reduziert. Dies gilt auch für das Endstadium („Hoffnung am Leben erhalten; Hoffnung erhält einen am Leben“; „keeping hope alive; hope keeping one alive“). Die

negativen Auswirkungen von Verleugnung sind, dass sie gute medizinische Versorgung stören kann (z. B. Verzögerung bei der Feststellung der Krankheit oder beim Aufsuchen medizinischer Behandlung, Non-Compliance mit medizinischen Anweisungen), sie kann zudem den Anpassungsprozess an das belastende Ereignis stören, zwischenmenschliche Beziehungen ungünstig beeinflussen sowie einen kumulativen Stressor darstellen, der den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen kann (Kreitler, 1999). Einen aktuellen Überblick über Studien zur Krankheitsverleugnung bei Krebspatienten geben Vos und de Haes (2007).

Weder Verleugnung noch die Krankheit selbst ist eine isolierte Reaktion oder ein isolierter Zustand. Persönlichkeitsfaktoren vermitteln bei oder moderieren die Art der Krankheitsbewältigung. Einige Beispiele aus der neueren Forschung:

- Wenn Asthmapatienten auf maladaptive oder sogar schädliche Art und Weise ihre Erkrankung bewältigen (einschließlich Verleugnung), kann das Asthma tatsächlich allgemeine Copingstile, die die Patienten vor dem Ausbruch der Erkrankung benutzten, erweitern (Farr, 1999).
- Das Motivationsmodell bei Abhängigkeit betont, dass Substanzmissbrauch im Kontext der Befriedigungen und Frustrationen auftritt, die Personen aus Anreizen in anderen Lebensbereichen herleiten. Patienten mit Substanzmissbrauch, die bei der Bemühung um diese Anreize adaptive Muster aufweisen, zeigen weniger Problemverleugnung und mehr Veränderungsmotivation (Cox und Klinger, 2002).
- Wie ältere Frauen mit Osteoporose mit ihrem Älterwerden und der chronischen Krankheit zurechtkommen, einschließlich der letztlichen Entscheidung, medizinische Versorgung aufzusuchen, hängt von ihrem Selbstkonzept ab. Folgende Strategien erwiesen sich hierbei als vorherrschend: Akzeptanz bei Frauen mit Selbstvertrauen, Verleugnung bei Frauen mit widersprüchlichem Selbstkonzept und Resignation bei Frauen mit herabgesetztem Selbstkonzept (Wilkins, 2001).
- Die Diagnose Diabetes mellitus wird von Personen mit Diabetes mellitus Typ 1 (insulinabhängig) anders erlebt als von Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 (nicht insulinabhängig). Letztere nutzen häufiger Vermeidung, Verleugnung und Phantasiestrategien, um zu versuchen, die Diagnose und ihre Implikationen zu bewältigen. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 spüren eher die Auswirkung der Diagnose, und jene, die sich entschließen, sich von der Erkrankung nicht unterkriegen zu lassen, nutzen bei der Anpassung mehr positive Copingstrategien (Lo und MacLean, 2001).
- Krankheitsverleugnung ist eine wesentliche Determinante für die Compliance von Patienten bei Rehabilitationsprogrammen, z. B. bei kardiologischen Erkrankungen oder Krebserkrankungen (Kirmayer und Looper, 2006).

Es wurde eine neue Diagnose angeregt, *maladaptive Verleugnung körperlicher Krankheit*, bei körperlich kranken Patienten, die leugnen, krank zu sein, oder eine Behandlung ablehnen und die nicht in andere Kategorien der psychischen Störungen hineinpassen; dieser besondere Typ pathologischer Krankheitsverleugnung wurde als Subkategorie der An-

passungsstörung vorgeschlagen (Muskin et al., 1998; Strauss et al., 1990). Dieser Vorschlag hat die Frage aufgeworfen, ob das Konzept des „abnormen Krankheitsverhaltens“ nicht als Rahmen genutzt werden sollte, in dem die somatoformen Störungen gemeinsam mit Zuständen, die durch Verleugnung von Krankheit charakterisiert sind, platziert werden könnten (Pilowsky, 1993; Vandereycken und Meermann, 1996). „Krankheitsverhalten“ bezieht sich auf die Art und Weise, in der Personen ihre Körper beobachten, auf körperliche Anzeichen reagieren, Symptome definieren und interpretieren, sich Abhilfe schaffen und (formale) Hilfsangebote nutzen; es sollte als ein Kontinuum angesehen werden, das von massiver Zurschaustellung der Belastung bis hin zu Krankheitsverleugnung reicht (Mechanic, 1987). Die Bewertungen der körperlichen Anzeichen (Symptome?) durch die Personen und ihre Reaktionen auf ärztlichen Rat werden durch ihre eigenen Theorien über Gesundheit und Krankheit geformt. Healthcare Professionals konzentrieren sich auf Krankheit und ihre Verleugnung oder Anerkennung; diese Sichtweise sollte jedoch um Faktoren bezüglich Gesundheit erweitert werden, genauer gesagt um die positive oder negative Sichtweise des Patienten bezüglich Gesundheit (Bestätigung versus Verleugnung) (Beisser, 1979). Die Idee der Krankheitsverleugnung entspringt der Perspektive des Arztes und spiegelt womöglich einen fundamentalen Konflikt zwischen verschiedenen Weltanschauungen wider: „Der Patient sieht womöglich nur wenig Sinn darin, seine Krankheit zu bestätigen, denn er oder sie sieht die Welt aus einer anderen Perspektive als der Arzt, dessen Leben der Diagnosestellung und Behandlung von Krankheit gewidmet ist“ (Beisser, 1979, S. 1029; s. auch Abschnitt „Verleugnung als ein interaktionaler Prozess“). Krankheitsverleugnung kann jedoch auch durch äußere Rahmenbedingungen gefördert werden. So wird in einer aktuellen sozialwissenschaftlichen Studie von Kocyba und Voswinkel (in Vorber.) der Frage nachgegangen, ob allein die Sorge um den Erhalt des Arbeitsplatzes und die Karrieremöglichkeiten eine Haltung der Krankheitsverleugnung fördern kann und somit der Rückgang von krankheitsbedingten Fehlzeiten in zahlreichen Betrieben in den letzten Jahren erklärt werden kann.

3 Erhebungsinstrumente

Im Laufe des letzten Jahrzehnts wurde eine Reihe von Instrumenten entwickelt, um die Einsicht psychotischer Patienten systematisch zu evaluieren (s. auch Abschnitt „Einsicht und Selbstvernachlässigung“). Die Variabilität der Forschungsergebnisse scheint die Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines komplexen Konzeptes in ein empirisches Instrument widerzuspiegeln. Kategoriale Ansätze der Beurteilung benutzen im Allgemeinen eine enge Definition von Einsicht („Anerkennung, eine psychische Erkrankung zu haben“) und definieren selten Orientierungspunkte zur Bestimmung des partiellen Vorhandenseins oder Fehlens von Einsicht. Dimensionale Ansätze hingegen erheben Einsicht als einen kontinuierlichen Prozess anstatt als ein Ganz-oder-gar-nicht-Phänomen, die Modelle beinhalten jedoch jeweils verschiedene Dimensionen, die verschiedenartig beurteilt und ausgewertet werden, so dass dementsprechend jeweils verschiedene

Aspekte der Einsicht betont werden (Goldberg et al., 2001; Marková und Berrios, 2001). Ähnliche Kritik könnte man an den vielen Versuchen üben, die Erfassung von Verleugnung zu operationalisieren oder ihre Ausprägung mithilfe von Ratingskalen einzuteilen. Im Allgemeinen können diese je nach Betonung der Verleugnung der Realität der Krankheit oder des Fehlens der normalerweise erwarteten affektiven Reaktion unterschieden werden (Strauss et al., 1990).

Die meisten Erhebungsversuche basieren auf einer *Fremdbeurteilung*: Üblicherweise wird hierbei die Bewertung eines Healthcare Professionals bezüglich des Ausmaßes der Verleugnung eines Patienten anhand einer Ratingskala erfasst. Kendig (1963) war einer der Ersten, der eine solche Skala zur Erfassung der Krankheitsverleugnung in einem halbstrukturierten Interview entwickelte. Ein Meilenstein war die Denial Scale (Verleugnungsskala), die von Hackett und Cassem (1974) für Herzpatienten entwickelt wurde. Sie wurde für Patienten mit Schlaganfallläsionen adaptiert (Denial of Illness Scale, Krankheitsverleugnungsskala: Starkstein et al., 1993) und inspirierte die Levine Denial of Illness Scale (Levine Krankheitsverleugnungsskala), die für verschiedene Arten psychischer Störungen genutzt wurde (Levine et al., 1994; Jacobsen und Lowery, 1992). Sie beinhaltet mehrere miteinander korrelierende, jedoch voneinander unterscheidbare Faktoren (kognitive Krankheitsverleugnung, Verleugnung der Auswirkung auf die Zukunft, Verleugnung der Behandlungsbedürftigkeit und affektive Verleugnung), was wiederum auf die Multidimensionalität der Verleugnung hinweist. Ein Self-Awareness of Deficits Interview (Interview zur Selbstaufmerksamkeit bezüglich Defizite) wurde für Erwachsene mit traumatischen Hirnverletzungen entwickelt (Fleming et al., 1998). Die Denial Rating Scale (Verleugnungs-Ratingskala) wurde entwickelt, um Verleugnung von Alkoholismus zu identifizieren und um zu spezifizieren, welcher Aspekt des Alkoholismus (z. B. Kontrollverlust über den Konsum) verleugnet wird (Goldsmith und Green, 1988; Newsome und Ditzler, 1993).

Besonders im Hinblick auf den Alkoholkonsum wurden *Selbstbeurteilungen* als unreliabel angesehen (Midanik, 1989). Der Gebrauch einer visuellen Analogskala, um Verleugnung zu messen, hat gezeigt, dass Personen mit einem Alkoholproblem im Vergleich zu den Angaben der Interviewer, die dieselbe Skala nutzen, dazu neigen, die Ernsthaftigkeit ihres Trinkens zu unterschätzen (Allan, 1991). Dies ist ein deutlicher Hinweis auf das entscheidende Element in der Erhebung von Verleugnung: der Konflikt zwischen der Wahrnehmung des Patienten und der von Healthcare Professionals (s. Abschnitt „Verleugnung als ein interaktionaler Prozess“). Dieses zwischenmenschliche Problem bezieht sich auf „soziale Erwünschtheit“, die in der psychologischen Forschung wohlbekannt ist: eine Tendenz, Gutes vorzutäuschen („fake good“) oder sich selbst in einem sozial günstigen Licht zu präsentieren, was mit höherer Wahrscheinlichkeit dann auftritt, wenn die Fragen heikel sind und persönliche Bedeutsamkeit aufweisen (s. auch Abschnitt „Die Täuschung anderer“). Aus diesem Grund beinhalten viele Selbstbeurteilungsinstrumente eine „Lügen-skala“, wie z. B. die Validitätsskalen (L, F und K) des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), die grobe und subtile defensive Verleugnung erfassen sollen. Diese Skalen

wurden genutzt, um „faking good“ aufzuzeigen, beispielsweise bei depressiven Personen, die niedrige Rohwerte im Beck-Depressions-Inventar erreichten (Scafidi et al., 1999), und bei Patienten mit Anorexia nervosa, die Werte im Normalbereich des Eating Attitudes Test erreichten (Vandereycken und Vanderlinen, 1983). Es zeigte sich, dass eben diese MMPI-Skalen positiv mit dem Gesamtrohwert der Skala Patient's Experience of Hospitalization (Hospitalisierungserleben von Patienten) korrelieren, einem Selbstbeurteilungsfragebogen, um die Anerkennung und Verleugnung von Krankheit bei hospitalisierten Psychatriepatienten zu messen (Carsky et al., 1992).

4 Das Aufsuchen von Hilfe und Veränderungsmotivation

Die Vorstellung „Ich bin nicht krank, ich brauche keine Hilfe“ scheint eine logische Konsequenz der Krankheitsverleugnung zu sein (Amador und Johanson, 2000). Auf der anderen Seite setzt Verleugnung eine gewisse Hilflosigkeit in der Person voraus, die sich drohender Gefahr gegenüber sieht oder mit dieser rechnet. Verbunden mit einem Zustand von „Trägheit“ soll Verleugnung den Entscheidungsprozess behindern, der auf der Wahrnehmung einer Person bezüglich der Notwendigkeit, sein oder ihr bisheriges Verhalten zu ändern, basiert (Janis und Mann, 1977). Die Beziehung zwischen Krankheitsverleugnung und dem Aufsuchen von Hilfe ist jedoch komplex. In der Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci (2000) wird das Konzept der *A-Motivation* eingeführt, um die Vorstellung zu vermitteln, dass einige Klienten sich hinsichtlich ihrer Veränderungsversuche entmutigt und hilflos fühlen. Gefühle der Amotivation, die den Mangel an klaren Handlungsabsichten mit sich bringen, entstehen, wenn sich Personen inkompetent fühlen, ein bestimmtes Ergebnis zu erreichen (Mangel an Selbstwirksamkeit oder wahrgenommener Kompetenz), wenn sie einen Mangel an Kontingenz zwischen ihrem Verhalten und dem Ergebnis erleben oder wenn sie das Verhalten oder das Ergebnis nicht wertschätzen (Ryan und Deci, 2000). Verleugnung und Amotivation sind offensichtlich verschiedene Begriffe. Man kann beispielsweise die konventionelle Sichtweise anzweifeln, dass Verleugnung bei Personen mit Alkoholproblemen diese davon abhält, Hilfe aufzusuchen. Eine Studie über die zeitliche Abfolge von alkoholbezogenen Problemen zeigte, dass das Erkennen von Problemen früh mit dem Beginn von pathologischem Trinken und einhergehenden psychosozialen Problemen auftritt, dass das Aufsuchen von Hilfe jedoch aufgeschoben wird – wenn es überhaupt geschieht; die Latenz bis zum Aufsuchen von Hilfe kann große Variationen zeigen und nicht (nur) auf das mangelhafte Erkennen von alkoholbezogenen Problemen attribuiert werden (Simpson und Tucker, 2002).

In den Hauptklassifikationen psychischer Störungen (DSM-IV, ICD-10) wird der Wunsch, sich zu verändern, oder die Behandlungsmotivation nicht erwähnt, obwohl dies ein einflussreicher Diskriminationsfaktor in der klinischen Praxis sein kann (Tyrrer et al., 2003). Als Reaktion auf das Problem einer geringen Mitwirkung des Patienten bei der Behandlung werden zwei Arten von Strategien genutzt, um die Mitwirkung bei der Therapie zu erhöhen (Walitzer et al., 1999): vorberei-

tende Maßnahmen machen den Klienten mit dem Therapie-rational und -verfahren vertraut; motivationale Gesprächsführung zielt auf die Reduktion der Ambivalenz des Klienten bezüglich Therapie ab. Miller und Rollnick (1991) haben Motivation definiert als „die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person eine spezifische Veränderungsstrategie eingehen, aufrechterhalten und an ihr festhalten wird“ (S. 19). Ein einflussreicher Ansatz, um Motivation und Veränderungsbereitschaft bei behandlungsresistenten Personen zu verstehen, ist das *transtheoretische Modell* von Prochaska und DiClemente (1992). Es wird hauptsächlich auf Patienten mit Suchtproblemen angewandt (Connors et al., 2002) und identifiziert fünf Stadien der Veränderung: *precontemplation* (Absichtslosigkeit, sich nicht ändern wollen), *contemplation* (Absichtsbildung, über Veränderung nachdenken), *preparation* (Vorbereitungsphase, deutliche Intention, aber nur anfängliche Schritte in Richtung Veränderung), *action* (Handlungsphase, bedeutsame, konkrete Schritte in Richtung Veränderung) und *maintenance* (Aufrechterhaltung, die Veränderung festigen und daran arbeiten, einen Rückfall zu verhindern). Nach diesem Modell beruht der Übergang zwischen den verschiedenen Stadien auf dem Fällen von Entscheidungen (die Vor- und Nachteile der Veränderung abwägen) und Selbstwirksamkeit (das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, sich/etwas ändern zu können). Bei Störungen durch Substanzmissbrauch ist die Verlagerung in der entscheidungsmäßigen Balance der wesentliche Faktor im Veränderungsprozess, sie ist gekennzeichnet durch eine Veränderung in den Einstellungen, in der die negativen Konsequenzen des Verhaltens im Vergleich zu den positiven Konsequenzen stärker in den Vordergrund treten. Durch diese kognitive Verlagerung beginnt die Person, ein Problem zu identifizieren und die Kosten und Nutzen von Veränderung abzuwägen. Es handelt sich dabei um die Verlagerung von Verleugnung zu Ambivalenz. Verleugnung gehört zum Stadium der Absichtslosigkeit (*precontemplation*), dem Zustand, der der Erkennung oder Identifizierung eines Problems vorausgeht. Der Schritt in Richtung (partieller) Erkennung des Problems ist eine Bewegung von Absichtslosigkeit (*precontemplation*) zu Absichtsbildung (*contemplation*); Verleugnung wird hierbei durch Ambivalenz ersetzt (Shaffer und Simoneau, 2001).

Die Tatsache, dass jemand ein Problem erkennt, bedeutet jedoch nicht automatisch das Bedürfnis oder die Bereitschaft, sich zu ändern, noch führt Letztere direkt zum Aufsuchen von Hilfe! In einer nationalen Studie in Großbritannien gab ein Viertel der Personen, die als „neurotisch gestört“ (nicht-psychotische depressive Störung oder Angststörung) eingeschätzt wurden, an, dass sie im letzten Jahr keinen Arzt aufgesucht haben, als sie oder ihre Familien den Eindruck hatten, dass sie es hätten tun sollen. Zögerliches Aufsuchen von Hilfe hing nicht mit soziodemographischen Faktoren zusammen, sondern mit der Schwere des Symptoms: Schwerere Fälle berichteten eher von Widerwillen. Verleugnung des Bedürfnisses war in dieser Stichprobe nicht der entscheidende Faktor. Zögern beim Aufsuchen von Hilfe musste daher durch andere Faktoren erklärt werden, wie z. B. durch die einschränkende Wirkung von Symptomen (z. B. phobische Reaktionen bei ängstlichen Personen und Apathie oder Pessimismus bei de-

pressiven Personen), durch einen längeren Verlauf mit größerer Chance, durch vorherige Behandlung enttäuscht worden zu sein oder durch Vermeidung infolge von Angst vor Stigmatisierung (Meltzer et al., 2003). Letztlich bedeutet Verleugnung nicht Mangel an *Compliance*, d.h. die Entscheidung einer gut informierten Person, einer therapeutischen Empfehlung nicht nachzukommen. Wie wir weiter unten diskutieren werden (s. Abschnitt „Verleugnung als ein interaktionaler Prozess“), können sowohl Verleugnung als auch Non-Compliance eine besondere Bedeutung in der Interaktion zwischen Kliniker und Patient haben. Tatsächlich beziehen sich schon die Begriffe selbst auf ein Modell von autoritären Erwartungen: Der Patient sollte akzeptieren und gehorchen, denn „der Doktor weiß es am besten“, andererseits wird er als ein widerspenstiges und verantwortungsloses Kind angesehen ... (Vandereycken, 1993). Hartocollis (1968) betonte, dass Verleugnung bei Alkoholismus häufig mit der Fähigkeit, eine Fassade der Tapferkeit und Heiterkeit aufzubauen, in Beziehung steht. Diese Personen versuchen um jeden Preis zu vermeiden, hilflos zu wirken (s. auch Abschnitt „Verleugnung als ein interaktionaler Prozess“). Auf den ersten Blick ist die Verleugnung des Alkoholikers eine Verleugnung von Problemen – die Verleugnung der Vorstellung, dass Trinken ein persönliches Problem widerspiegeln kann. „Sorgfältigere Untersuchung wird jedoch zeigen, dass das, was der Alkoholiker leugnet, ein Problem ist, für das er jede Hilfe braucht. [...] Was er leugnet, ist im Wesentlichen die Vorstellung von Hilfe, der Gedanke, dass er Hilfe benötigt“ (Hartocollis und Hartocollis, 1995, S. 213). Diese Vorstellung, dass Krankheitsverleugnung einfach *Verleugnung von Bedürftigkeit* oder *Ablehnung von (angebotener, aufge-drängter) Hilfe* bedeutet, wurde in der Literatur vernachlässigt. Sie könnte allerdings das zentrale Motiv der sogenannten artifiziellen Gesundheit sein (s. Tab. 1 und Abschnitt „Die Täuschung anderer“).

5 Funktionen der Krankheitsverleugnung

Unter Freuds lang währendem Einfluss auf Psychiatrie und klinische Psychologie wurden die Verleugnungsmechanismen über viele Jahrzehnte in psychodynamischen Begriffen beschrieben. Seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde Verleugnung zunehmend in kognitiven Begriffen des Entscheidungsfällens oder der Informationsverarbeitung analysiert. Lazarus (1983) spricht von Verleugnung als kognitiver Manipulation, einschließlich eines selektiven Screenings, Nicht-Beachtung oder Vermeidens bedrohlicher oder belastender Information, womit er den darin enthaltenen aktiven Copingprozess betont. Die „aktive“ Rolle, die der Verleugner übernimmt, kann jedoch durch das biologische System ernsthaft eingeschränkt sein, wie bei der Anosognosie bei Patienten mit Hirnläsionen deutlich wird. In anderen Fällen kann Krankheitsverleugnung im Rahmen der Kräfte und Zwänge des psychosozialen Systems, in dem eine Person lebt, verstanden werden. Aus dieser Perspektive werden wir versuchen, die enthaltene facettenreiche kognitive Dynamik hervorzuheben, indem wir verschiedene Blickwinkel nutzen, um dieses komplexe Problem zu entwirren (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Faktoren, die Krankheitsverleugnung ausmachen

1. Verzerrte Informationsverarbeitung

Partielles oder völliges Fehlen der Problemerkennung mit einigem (zeitweiligem) Unvermögen, das Phänomen in sich selbst wahrzunehmen:

- beeinträchtigte Selbstaufmerksamkeit (Anosognosie)
- beschränkte Einsicht (Psychose)
- eingeengtes Bewusstsein (Dissoziation)
- irrationales Denken (unrealistischer Optimismus)
- Flucht vor einem inneren Konflikt (Reduktion von kognitiver Dissonanz)
- Bewahren der persönlichen Integrität (Schutz des Selbstwertgefühls)

2. Ablehnung der Selbstoffenbarung

Zögern, ein erkanntes Problem gegenüber anderen zuzugeben, einschließlich absichtlichen Lügens oder des Vortäuschens von Gesundheit („artifizielle Gesundheit“; „faking good“):

- Vermeidung befürchteter Konsequenzen
 - in Bezug auf das Gesundheitswesen (z. B. medizinische Untersuchungen, Behandlung)
 - in Bezug auf die soziale Wirkung (z. B. Stigmatisierung, Bedrohung der sozialen Rolle, wirtschaftliche Kosten)
- Bedürfnis nach Selbstbestimmung
 - Schutz und/oder Steigerung des Selbstwerts (z. B. persönlicher Stolz, Bedürfnis nach Selbstfürsorge, Egozentrismus)
 - Kampf um Kontrolle oder Ablehnung äußerer Einflüsse (z. B. Bedürfnis nach Individuation, widerspenstiges Verhalten, sozial ausgegrenzte Persönlichkeit)

5.1 Einsicht und Selbstvernachlässigung

Krankheitsbewusstsein – das Wissen darum, krank zu sein – ist die enge Definition von „Einsicht“; umgekehrt kann Krankheitsverleugnung als Synonym für Uneinsichtigkeit gesehen werden. Heutzutage jedoch, als ein Kennzeichen des modernen *homo psychologicus*, bezieht sich der weitere Begriff der Einsicht auf Selbsterkenntnis und Introspektion. Mit der wachsenden Betonung der letztgenannten Konzepte wurde die Art und Weise, wie Patienten ihre Krankheit erleben, in der Medizingeschichte allmählich ein wesentlicher Teil der psychiatrischen Diagnose (Berrios, 1996). Die meisten Fachleute für seelische Gesundheit nehmen eine starke Verbindung zwischen guter Einsicht und einer besseren Lebensqualität an. „Allzu oft, besonders im Bereich der Psychose, wurde der Begriff als Kürzel benutzt für den Grad der Übereinstimmung zwischen Kliniker und Patient hinsichtlich der Erklärungsmodelle und der Sichtweisen bezüglich der Art und der Bedingungen der Behandlung“ (McGorry und McConville, 1999, S. 131). Die Forschung über Einsicht in der Psychiatrie hat die Beziehung zwischen demographischen, psychosozialen und klinischen Variablen, wie z. B. Schwere der Psychopathologie, Compliance bezüglich Medikation, freiwillige versus unfreiwillige Einweisung, Prognose und neuropsychologische Beeinträchtigungen, untersucht. Indem der Mangel an Einsicht mit „schädlichen Dysfunktionen“ in Zusammenhang gebracht wurde, wurden Urteile über die Kompetenz eines Patienten in die Nosologie psychischer Störungen eingebracht (Masten und Curtis, 2000).

Die meisten Studien konzentrierten sich auf die Anerkennung des Vorhandenseins einer Krankheit bei Patienten mit psychotischen Störungen im Allgemeinen und Schizophrenie im Besonderen. In der manischen Phase bei bipolaren Störungen ist der Einsichtsmangel ziemlich herausfordernd, wobei relativ wenig Forschung bezüglich anderer Störungen verfügbar ist. Hypochondrie und die körperdysmorphe Störung können jedoch entlang eines Kontinuums variieren, wobei viele

Patienten eher überwertige Ideen als entweder gute oder nicht vorhandene Einsicht haben, die durch ein dichotomes Modell, das sie in wahnhaft und nicht wahnhaft Kategorien einteilt, impliziert wird. Einsicht fluktuiert und verändert sich mit dem sozialen Umfeld oder der Belastung. Auch Patienten mit einer Zwangsstörung können verschiedene Grade an Überzeugung bezüglich der Sinnhaftigkeit (bzw. –losigkeit) ihres Verhaltens aufweisen. Ein ähnliches Kontinuum, das von guter Einsicht zu wahnhaftem Denken reicht, wird bei Patienten mit Anorexia nervosa bezüglich ihres Dünneins angenommen (Phillips, 2004). Es wurde aus diesem Grund vorgeschlagen, die kategorische Grenze psychotisch – nicht psychotisch aufzugeben und die Möglichkeit eines *Kontinuums von Einsicht* in Betracht zu ziehen, das von einer einzelnen Störung umfasst wird. In diesem Fall könnte man Kennzeichnungen oder Subtypen, wie „mit guter Einsicht“, „mit mangelhafter Einsicht“ und „mit wahnhaftem (oder psychotischem) Denken“, benutzen (Phillips et al., 1995).

Die vielen Studien über Einsicht zeigen voneinander abweichende und inkonsistente Ergebnisse, was wahrscheinlich auf die Verwirrung, die den Begriff Einsicht umgibt, zurückzuführen ist (Baier et al., 1998; Fennig et al., 1996; Marková und Berrios, 1995a+b). Diese ist nicht ein einheitliches Gebilde, sondern hat mehrere Dimensionen, wie z. B. Einsicht in Symptome (sich bewusst sein, eine psychische Erkrankung zu haben) oder Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung. Ferner hat dieser multidimensionale Faktor verschiedene Ebenen oder Grade im Zusammenhang mit Unterschieden in den attributionalen Perspektiven und in der Mitwirkung bei der Rehabilitation. Der Grad von Einsicht schwankt nicht nur entsprechend den verschiedenen psychopathologischen Prozessen, sondern auch gemäß den verschiedenen Stadien der Erkrankung und hat dementsprechend auch verschiedene Bedeutungen. Obwohl die Einsicht bei Patienten mit schwerwiegender Psychopathologie mangelhafter sein kann, verbessert sich diese nicht immer, wenn sich die psychopathologischen Sym-

ptome bessern (Ghaemi und Pope, 1994). Deshalb ist es angemessener, Einsicht als ein Kontinuum des Denkens und Erlebens zu betrachten, beeinflusst von zahlreichen internalen und externalen Variablen. Verschiedene psychiatrische Störungen enthalten verschiedene Mechanismen beim Prozess der Beeinträchtigung von Einsicht (Marková und Berrios, 1992). In der klinischen Praxis muss Einsicht aus der Perspektive des Patienten, des Klinikers und ihrer Interaktion betrachtet werden (s. auch Abschnitt „Verleugnung als ein interaktionaler Prozess“). Sie ist nicht nur ein relationales Konstrukt, sondern auch ein intentionales Konzept, d. h., sie wird nur in ihrer Relation zu etwas verstanden (Marková und Berrios, 2001). Dieses Etwas ist das Objekt der Einsicht, das sich in der klinischen Praxis im Allgemeinen auf einen bestimmten psychischen oder physischen Zustand bezieht (z. B. psychische Erkrankung, neuropsychologisches Defizit). Das Objekt der Einsicht spielt eine wesentliche Rolle beim Formen oder Bestimmen der Art von Einsicht, die in der klinischen Praxis gefunden wird.

Diskussionen über die sozialpsychiatrische Versorgung von Personen mit ernsthaften psychischen Problemen konzentrieren sich gewöhnlich auf Einsichtsmangel, Gefährlichkeit und Selbstschädigung, während der *Selbstvernachlässigung* relativ wenig Aufmerksamkeit gezollt wurde (Gunstone, 2003). Morgan (1998) führt die folgende Definition von Selbstvernachlässigung an:

- die Entwicklung ernsthafter körperlicher Beeinträchtigung oder Krankheit als eine Folge von Vernachlässigung;
- ein Rückfall in einen ernsthaften psychischen Zustand, der die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden gefährdet, eindeutig verursacht durch Vernachlässigung von sich selbst und/oder der Behandlung;
- die Entwicklung eines ernsthaften umweltbezogenen Gesundheitsproblems, das das Individuum, die Pfleger oder andere Besucher gefährden könnte.

Im Falle eines sich verschlimmernden körperlichen Zustands und Non-Compliance mit der Behandlung und/oder Unterstützung kann ein Zustand ernsthafter Selbstvernachlässigung bestehen. Krankheitsverleugnung kann als eine Form ernsthafter Selbstvernachlässigung oder als ein Versäumnis, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern, betrachtet werden. Die Begriffe der Selbstvernachlässigung und Selbstfürsorge werden in der Literatur oft in Zusammenhang gebracht (Lauder, 2001). In diesem Rahmen kann Krankheitsverleugnung vor dem Hintergrund von Orems Theorie des *Selbstfürsorge-Defizits* in der Pflege (*self-care deficit theory of nursing*) analysiert werden (Hartweg, 1991). Die Kapazität, ein adäquat Handelnder der gesundheitlichen Selbstfürsorge zu sein – oder, bei Jugendlichen, zu werden –, kann durch eine psychische Störung ernsthaft beeinträchtigt werden, was sowohl auf internale als auch auf externale Faktoren zurückzuführen ist. Bei Jugendlichen wird das Selbstwertgefühl als ein wesentlicher Faktor der Motivation, im Sinne der Selbstfürsorge zu handeln, angesehen (Anderson und Olmhausen, 1999). Krankheitsverleugnung könnte damit ein Defizit in der Selbstfürsorge widerspiegeln, das auf einen Mangel an Selbstinteresse oder Selbstwertschätzung zurückzuführen ist.

Obwohl diese Schlussfolgerung logisch erscheint, könnte stattdessen das Gegenteil der Fall sein: Die Verleugnung hilft der

Person, ihr Selbstwertgefühl zu schützen oder zu erhalten (s. auch Abschnitte über Täuschung). Genauso wird Einsichtsmangel oder Krankheitsverleugnung bei Schizophrenie im Allgemeinen auf pathologische geistige Prozesse attribuiert, sie können jedoch durch den sozialen Kontext beeinflusst sein, d.h. durch die Einstellungen, die in den sozialen und kulturellen Gruppen des Patienten üblich sind (White et al., 2000). „Das Eingeständnis, dass man eine psychische Erkrankung – insbesondere Schizophrenie – hat, beinhaltet potenziell negative Konsequenzen, da man sozialer Etikettierung ausgesetzt sein kann. [...] Krankheitsverleugnung kann als ein Weg interpretiert werden, die Übernahme des sozial sanktionierten Etiketts ‚psychisch krank‘ zu vermeiden, wodurch das Selbstwertgefühl und eine positive Identität aufrechterhalten werden“ (McCabe, 1999, S. 96-97). Mit anderen Worten kann Krankheitsverleugnung bei einer Person adaptiv sein, deren sowieso schon negatives Selbstbild und schwache Autonomie durch eine stigmatisierende Diagnose noch weiter untergraben werden könnten! Die Bezeichnung von Selbstvernachlässigung als ein medizinisches Phänomen – ein Zeichen von Krankheit oder Verschlimmerung – ist ein normativer Prozess, der mit kulturellen Werten, der Wahl des Lebensstils und etablierten interaktionalen Praktiken in Verbindung steht (Lauder, 1999). Deshalb ist es kein Wunder, dass sowohl Selbstvernachlässigung als auch Krankheitsverleugnung auf grundlegend unterschiedliche Art und Weise von „Patienten“ und Klinikern verstanden werden (s. Abschnitt „Verleugnung als ein interaktionaler Prozess“).

5.2 Ausdauer, Gleichgültigkeit und Suggestion

Eine Person, die eine stoische Haltung in Bezug auf Emotionen und Empfindungen einnimmt, gilt als ausdauernd, unbeeinträchtigt, gleichgültig, resigniert, unbekümmert, ungestört, unerschütterlich etc. Bei Athleten haben Sportpsychologen z.B. bestimmte Muster emotionaler Reaktionen auf Krankheit und Verletzung erkennen können (Heil, 1993). Neben Verzweiflung und entschlossener Bewältigung ist direkt nach einer Verletzung Verleugnung eine häufige Reaktion, die sich in unrealistischen Aussagen hinsichtlich der Schnelligkeit der Genesung und Rückkehr in das normale Training und den Wettkampf widerspiegelt. In diesem Fall kann der Athlet in einer stoischen Art reagieren, indem er bei einer Verletzung oder Krankheit nichts unternimmt, sie verschweigt und sie schlimmer werden lässt. Ist es eine Frage von Ausdauer oder Gleichgültigkeit, wenn jemand einem wichtigen Signal wie Schmerz keine Aufmerksamkeit schenkt? Psychologische Variablen, die die Schmerztoleranz beeinflussen, schließen Wahrnehmung, Motivation, Emotionen und behaviorale sowie kognitive Strategien der Schmerzkontrolle mit ein.

In der Schmerzforschung wird die „Signalentdeckungstheorie“ oder „sensory decision theory“ angewandt, um neurosensorische Faktoren und Einstellungsfaktoren der Schmerzbeschreibung zu unterscheiden (Clark und Yang, 1983; Clark, 1994). Sie ermöglicht das Messen zweier Komponenten des perceptuellen Verhaltens, und zwar Diskriminationsfähigkeit und Antwortkriterium: Das Maß der *Diskriminationsfähigkeit* spiegelt die Genauigkeit wider, mit der eine Person zwischen zwei Stimuli diskriminiert, die hinsichtlich ihrer Intensität nur

geringfügig differieren. Vermutlich misst es indirekt Aspekte der Schmerzempfindlichkeit, die sich auf neurosensorische Vorgänge beziehen. Das *Antwortkriterium* quantifiziert den Antwortbias der Person, d. h. die generelle Tendenz zu berichten, dass ein Ereignis häufiger auftritt als das andere, z.B. die grundsätzliche Tendenz, Schmerz (nicht) zu berichten. Es konnte gezeigt werden, dass dieser Antwortbias durch Manipulation von Einstellungsfaktoren und psychologischen Faktoren beeinflusst wird. Er kann schmerzspezifisch sein oder lediglich unspezifische Unterschiede (wie z. B. bezüglich Aufmerksamkeit oder Motivation) bei der Verarbeitung sensorischen Inputs widerspiegeln. Kemperman et al. (1997) haben z. B. den von Borderline-Patientinnen berichteten Schmerz, den sie während selbstverletzenden Verhaltensweisen empfanden, untersucht. Die „Analgesie“ während der Selbstverletzung hing sowohl mit neurosensorischen Abweichungen als auch mit abweichenden Einstellungen zusammen. Dissoziative Erfahrungen korrelierten signifikant mit einem Maß des Antwortkriteriums, so dass ein Zusammenhang mit der Tendenz, Schmerz auf einer kognitiven Ebene zu verleugnen oder die affektive Komponente der Erfahrung „abzublocken“, vermutet wird. Dies stimmt mit der klinischen Literatur überein, in der die Analgesie während der Selbstverletzung bei Borderline-Patientinnen begleitenden dissoziativen Symptomen wie Derealisation und Depersonalisation zugeschrieben wurde (Van der Kolk und Saporta, 1991). Eine Disposition zur Dissoziation, die sich in relativer Unempfindlichkeit gegenüber physischem Schmerz und Gleichgültigkeit gegenüber dem eigenen Körper manifestiert, lässt sich bei selbstschädigenden und suizidalen Personen finden (Orbach, 1994). Die Verbindung zur Krankheitsverleugnung kann hier durch die Vorstellung von Gleichgültigkeit als Ausdruck dissoziativer Tendenzen hergestellt werden. Erfahrungen wie „Schmerzindifferenz“, „Körperloslösung“ und „Selbstverneinung“ werden häufig bei Depersonalisation beobachtet (Jacobs und Bovasso, 1992) und spiegeln möglicherweise ein biologisch gestörtes Aufmerksamkeitssystem und/oder gestörten emotionalen Output wider (Sierra und Berrios, 1998).

Obwohl die Terminologie offiziell aus unserem diagnostischen Wortschatz verbannt wurde, tragen dissoziative Phänomene, genauso wie die Konversionsstörung, immer noch das Stigma ihrer „hysterischen“ Wurzeln – mit der anhaltenden Kontroverse zwischen „Gläubigen“ und „Ungläubigen“ (Merskey, 1995). Lange Zeit wurde die Diagnose der Konversionsstörung mit dem „hysterischen Merkmal par excellence“ verbunden: *la belle indifférence*. Durch diese Verbindung wurde jede Reaktion von „schöner Gleichgültigkeit“ leicht als ein Zeichen fehlender „aufrichtiger“ Besorgnis betrachtet, gewöhnlich interpretiert als ein Symptom psychiatrischer Krankheit oder zumindest ein Merkmal einer histrionischen Persönlichkeit – in inoffizieller Sprache: die Signatur der Hysterie. „Neutral und akkurat als offensichtliche emotionale Gleichgültigkeit definiert“ (Donohue und Harrington, 2001, S. 208), ist *la belle indifférence* jedoch ein unspezifischer und nicht diagnostischer Befund. Der im DSM-IV-TR als relatives Fehlen von Besorgnis hinsichtlich des Wesens und Implikationen des Symptoms beschriebene Begriff (American Psychiatric Association, 2000) kann als Verleugnung von Besorgnis zusammengefasst wer-

den. Als solche kann sie Teil der Anosognosie sein oder das Ergebnis eines Bewusstseins, dass physische Symptome nicht gefährlich oder lebensbedrohlich sind. Daher kann das Fehlen von Besorgnis unterschiedliche Erklärungen haben: automatische Folge beeinträchtigter Selbstaufmerksamkeit (s. Abschnitt „Anosognosie“), Missachtung der affektiven Bedeutung der Realität als einen Copingmechanismus angesichts einer erschütternden Krankheit (s. Abschnitt „Verleugnung und körperliches Befinden“), Ausdruck dissoziativer Tendenzen (s. o.) oder das Reaktionsmuster aus stoischen Persönlichkeitszügen heraus, das die Stressbewältigung einer Person bestimmt (Donohue und Harrington, 2001).

Suggestibilität ist offensichtlich der Brückenschlag zwischen dem vorhergehenden Thema und dem nächsten. Die Tatsache, dass die hypnotische Suggestion einer (selektiven) „Blindheit“ hypnotischer Anästhesie oder Analgesie ähnlich ist, könnte eine inspirierende Anwendung des Konzeptes der *negativen Halluzination* sein. Dieses Phänomen, das häufig in der Hypnose induziert wird, ist die Nichtwahrnehmung von Objekten oder Ereignissen, die von anderen wahrgenommen werden. Es bezieht sich auf den Prozess, etwas, das vorhanden ist, nicht zu erleben. 1884 prägte der französische Hypnotherapeut Bernheim den Begriff der negativen Halluzination, und Freud benutzte ihn über zwei Jahrzehnte, bis er ihn 1914 zugunsten des Konzeptes der Verleugnung fallen ließ. In seiner spezifisch psychoanalytischen Bedeutung bezeichnete negative Halluzination die simultane Anerkennung und Nichtanerkennung einer traumatischen Wahrnehmung. Französische Psychoanalytiker bevorzugten das Konzept der Skotomisierung (Bourguignon und Manus, 1980; Dorpat, 1985). In einer psychodynamischen Exploration sind negative Halluzinationen regressive Wahrnehmungsphänomene, die in ihrer Form sowohl vorbewussten Wahrnehmungen als auch infantiler Amnesie ähnlich sind, was zu einer breiteren Interpretation von Bewusstsein führt, als Bewusstsein im Sinne einer bloßen Bewusstheit der Realität (Brakel, 1989a+b). Aber bereits seit Beginn dieser Diskussion konzentrierte sich die Debatte auf die Erfahrung, dass hypnotisierte Personen irgendwie immer noch in der Lage sind, die unsichtbaren Objekte zu sehen, die sie mutmaßlich nicht sehen können. Jedenfalls brachte die Erforschung der negativen Halluzination einen der ersten Hinweise auf die Existenz des Unbewussten hervor. Für einige Skeptiker war sie der Beweis für Simulation, während andere, wie Pierre Janet, sie als einen deutlichen Hinweis dafür ansahen, dass ein dissoziiertes Bewusstsein die unsichtbaren Objekte sehen kann, ohne dass das Hauptbewusstsein der Person es weiß. Ist die hypnotisierte oder dissoziierte Person tatsächlich „blind“ für einige Teile der Realität? Skotomisieren sie ausgewählte Elemente, weil sie sie nicht sehen wollen, und beeinflusst Erwartung die suggestive Wirkung? Studien zur Induktion der negativen Halluzination sind sowohl mit der Neodissoziationstheorie als auch mit soziokognitiven Ansätzen der Hypnose vereinbar, die die Wirksamkeit von strategischen Annahmen und Compliance betonen (Perlini et al., 1996; Wagstaff et al., 2002). Was auch die Erklärung sein mag, wenn man die „visuelle“ Komponente der negativen Halluzination oder Skotomisierung im weiteren Sinn interpretiert, kann das Konzept auf Krankheitsver-

leugnung angewendet werden, d.h., die Realität – oder der bedrohliche Teil – der eigenen Krankheit wird durch einen Prozess der (Auto-)Suggestion nicht „gesehen“.

5.3 Neutralisierung und kognitive Dissonanz

Die Soziologen Gresham Sykes und David Matza (1957) lenkten die Aufmerksamkeit der kriminologischen Gesellschaft auf die „Neutralisierungstechniken“ (oder Entschuldigungen und Rechtfertigungen), die benutzt werden, um kriminelles Verhalten zu rationalisieren. Gemäß der Theorie, die schließlich als „Neutralisierungstheorie“ (oder „drift theory“) bekannt wurde, entwickeln Delinquenten ein spezielles Set von Rechtfertigungen für ihr Verhalten, wenn dieses soziale Normen verletzt. Solche Techniken erlauben es Delinquenten, ihre Verpflichtung hinsichtlich gesellschaftlicher Werte zu neutralisieren und vorübergehend aufzuheben, was ihnen die Freiheit verschafft, Delikte zu begehen und gleichzeitig ihr Selbstwertgefühl zu schützen. Indem sie ein System von Entschuldigungen für kriminelles Verhalten internalisieren, können sie sich ohne inneren Konflikt zwischen zwei Sets sich widersprechender Normen bewegen („drift“). Unter den von Sykes und Matza (1957) identifizierten Neutralisierungstechniken gibt es einige wirksame Verleugnungsstrategien, die von Delinquenten benutzt werden, um konventionelle Forderungen der Gesellschaft zu umgehen:

- *Verleugnung der Verantwortung.* Der Delinquent äußert, dass er/sie ein Opfer der Umstände ist und dass er/sie in Situationen gebracht oder hineingezogen wurde, die jenseits seiner/ihrer Kontrolle waren („Es war nicht meine Schuld! Ich hatte keine Wahl!“).
- *Verleugnung des Schadens.* Der Delinquent ist der Meinung, dass sein/ihr Handeln tatsächlich keinen Schaden verursacht oder dass das Opfer sich den Verlust oder Schaden leisten kann („Es ist keine große Sache; sie haben zu viel Geld!“).
- *Verleugnung des Opfers.* Der Delinquent betrachtet die Tat nicht als falsch, findet dass das Opfer den Schaden verdient oder dass es in Wirklichkeit kein richtiges Opfer gibt („Sie haben es verdient; sie hatten eine schlechte Einstellung!“).

Während frühere Formulierungen der Neutralisierungstheorie behaupten, dass Delinquenten moralische Vorschriften neutralisieren müssen, bevor sie ein Verbrechen begehen, ist die Forschung nicht in der Lage zu bestimmen, ob es sich um eine Neutralisierung vor oder eine Rationalisierung nach begangener Tat handelt. Die Annahme, dass Delikte vor der Rechtfertigung der Überzeugungen geschehen, scheint die kausal plausiblere Reihenfolge zu sein (Cromwell und Thurman, 2003). Sykes und Matza (1957) erörterten zudem, dass die beschriebenen Neutralisierungen nicht nur Delinquenten vorbehalten sind, sondern überall in der Gesellschaft gefunden werden können. Tatsächlich kann ihre Theorie auch auf „riskantes“ Verhalten angewandt werden. Beispielsweise wird durch die Untersuchung der Einstellungen von Cannabiskonsumenten deutlich, wie sie das Risiko-Etikett, das dem Drogengebrauch anhaftet, durch verschiedene Techniken neutralisieren, um ihren Lebensstil zu rechtfertigen (Peretti-Watel, 2003). Diese *Risiko-Verleugnungs-Theorie*, die sich auf die Art bezieht, in

der Menschen mit riskanten Verhaltensweisen umgehen, könnte als Brückenschlag zwischen der (soziologischen) Neutralisierungstheorie und der (sozialpsychologischen) Theorie der kognitiven Dissonanz angesehen werden.

Leon Festingers (1957) *Theorie der kognitiven Dissonanz* setzt eine Übereinstimmung von dem Selbst und der Welt als das primäre motivationale Merkmal voraus. Die zugrunde liegende Annahme dieser sozialpsychologischen Sicht ist, dass Menschen in ihrem kognitiven System nach einer Balance streben. Für Personen ist es rational, nach übereinstimmenden Beziehungen zwischen ihren verschiedenen Kognitionen (d. h. jeglichem Wissen, jeder Meinung oder Überzeugung über die Umwelt, sich selbst oder über das eigene Verhalten) zu suchen. Somit ist kognitive Dissonanz der psychologische Konflikt, der daraus entsteht, dass eine Person zwei oder mehr inkompatible Kognitionen gleichzeitig innehat. Diese dissonanten Beziehungen und das damit einhergehende Unbehagen erzeugen die Motivation, oder genauer, den Druck, übereinstimmende Beziehungen herzustellen (d. h. Dissonanz reduzieren). Nach Festinger (1957) kann die Reduktion von Dissonanz durch drei Strategien erreicht werden: (1) sein Verhalten oder seine Umwelt verändern, (2) seine Kognitionen oder Überzeugungen ändern und (3) sich selektiv neuen Informationen aussetzen oder Elemente einführen, die mit dem störenden Element übereinstimmen. Das Element, das geändert wird, um Dissonanz zu reduzieren, ist dasjenige mit der geringsten Veränderungsresistenz. Elemente, die mit geringster Wahrscheinlichkeit verändert werden, sind solche, die mit einer großen Anzahl anderer übereinstimmender Elemente verbunden sind, die die physiologische Realität repräsentieren oder die zu Veränderungen führen würden, die neue und größere Dissonanz verursachen könnten.

Festingers Theorie der kognitiven Dissonanz wurde in einer Reihe von Bereichen angewendet (Harmon-Jones und Mills, 1999), insbesondere jedoch im Bereich der Kommunikationsforschung, weil sie nahelegt, dass sich Menschen absichtlich um übereinstimmende Informationen bemühen und nicht übereinstimmende Informationen vermeiden. Diese Theorie bezieht sich im Wesentlichen auf einen häufigen Mechanismus persönlicher Selektivität bei der Informationsverarbeitung (Ausgesetztsein, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Beibehaltung). Wir registrieren neue Information kurz im sensorischen Gedächtnis, dabei geben wir der Information den Vorrang, die zu dem passt, was schon im Langzeitgedächtnis gespeichert ist, während wir gleichzeitig die Information abblocken, ignorieren oder disqualifizieren, die dem widerspricht, was wir schon wissen. Festingers Ansicht nach hängt die Intensität oder Größe der Dissonanz von der Wichtigkeit oder Relevanz der jeweiligen Kognitionen für das Individuum ab. Neue Kognitionen können eine aversive oder untolerierbare kognitive Dissonanz entweder durch eine Verringerung des Widerspruchs reduzieren oder durch eine Verminderung ihrer wahrgenommenen Wichtigkeit. Verleugnung oder Nichtanerkennung bestimmter Elemente der Realität, wie es in Bezug auf Krankheit gemacht wird, kann demnach als ein Beispiel für den zweiten Typ der Strategien zur Dissonanzreduktion angesehen werden. Eine häufige Form der dritten Strategie, und nicht selten kombiniert mit Verleugnung, sind Rationali-

sierungen, d. h. die offensichtlich logischen und vernünftigen Erklärungen (widersprüchlicher Elemente) des eigenen Verhaltens. Sowohl Verleugnung als auch Rationalisierung erlauben es, weiterhin auf unbekümmerte Weise zu funktionieren.

5.4 Selbsttäuschung

Vermeidung oder glatte Verleugnung von unangenehmen Aspekten der Realität, besonders solcher, die sonst zu einer ungünstigen Meinung über uns selbst führen würden, können als ein Beispiel für Selbsttäuschung angesehen werden, d.h. als eine falsche Auffassung, die für die Person vorteilhaft ist. Wir werden ständig mit Informationen überflutet, die unser Selbstbild bedrohen können, und um das zu vermeiden, können wir uns selbst täuschen. Selbsttäuschung ist der Prozess oder die Tatsache der eigenen Irreführung, das als wahr oder richtig zu akzeptieren, was falsch oder unrichtig ist. Kurz, Selbsttäuschung ist eine Möglichkeit, falsche Überzeugungen vor uns selbst zu rechtfertigen. Philosophen wie Kierkegaard, Heidegger und Sartre haben Selbsttäuschung als „Unaufrichtigkeit“ verurteilt, oder als eine unauthentische Antwort auf die Angst, die durch die Betrachtung der menschlichen Freiheit entsteht (Fingarette, 2000). Es bleibt die Frage: Was macht es einer einzelnen Person möglich, sowohl zu täuschen als auch getäuscht zu werden? Wie kann ich die Wahrheit kennen und sie mir doch gleichzeitig vorenthalten? Wenn die Täuschung nicht ganz unbewusst ist, muss es einen bestimmten Grad der willentlichen Missachtung des Beweises geben, von dem ich befürchte, dass er zu einer unangenehmen Wahrheit führen würde, die ich lieber nicht sehen möchte.

Das offensichtlich paradoxe Wesen der Selbsttäuschung hat in den letzten Jahren unter Philosophen sehr viel Kontroverse entfacht (Fingarette, 2000; Mele, 2000). Bei der interpersonellen Täuschung soll der Getäuschte etwas glauben, von dem der Täuscher weiß, dass es falsch ist, oder dies wirklich glaubt. Wenn man Selbsttäuschung anhand der interpersonellen Täuschung modellhaft darstellen will, muss man deshalb mit der Schwierigkeit zurechtkommen zu erklären, wie Menschen sich selbst dazu bringen können, Behauptungen zu glauben, von denen sie wissen, dass sie falsch sind. Nach Goleman (1985) kann der Verstand sich vor Angst schützen, indem er das Bewusstsein trübt. Indem wir einen „intelligenten Filter“ benutzen, können wir Vorstellungen und Informationen aussortieren, die nicht zu unseren Annahmen passen. Dieser Mechanismus erzeugt einen blinden Fleck – eine Zone blockierter Aufmerksamkeit und der Selbsttäuschung – und solche blinden Flecken treten auf jeder wichtigen Verhaltensstufe auf, von der psychologischen bis hin zur sozialen. „Unaufrichtigkeit“ – Elemente eigener Erfahrung nicht anerkennen – fängt nicht als absichtliche Täuschung an. Stattdessen ist die Entscheidung, anzuerkennen oder nicht anzuerkennen, durch die Bedrohung oder Belohnung beeinflusst, die eine solche Auffassung für das Selbst darstellt. Wenn die Anerkennung einer bestimmten Einstellung zur Realität das derzeitige Erleben des Selbst bedroht, kann die Aufmerksamkeit auf einen anderen Aspekt der Einstellung zur Welt gelenkt werden. Angst wird vermieden, indem genau das „nicht beachtet“ wird, was das eigene Selbstbild bedroht. Der entscheidende Schritt in Richtung „Unaufrichtigkeit“ wurzelt in einem Versagen der Auf-

merksamkeit: Wir erkennen nicht an, indem wir „nicht beachten“ und es dann versäumen zu beachten, dass wir nicht beachtet haben. Das stimmt mit Festingers (1957) Theorie der kognitiven Dissonanz überein, die sich mit der Art und Weise beschäftigt, wie Menschen potenziell diskrepante Informationen vermeiden, um Unbehagen zu entgehen.

Vielleicht beinhaltet Selbsttäuschung typischerweise eher die Vermeidung von konzentrierter Aufmerksamkeit auf ein unerwünschtes Thema – eine Form von „Eskapismus“ – als die Bildung einer neuen, falschen Überzeugung von der Nicht-Existenz dieses Themas. Man kann sie mit dem Begriff des *wishful thinking* verbinden, d.h. dem Interpretieren von Fakten, Berichten, Ereignissen, Wahrnehmungen etc. eher danach, wie man es gerne hätte, als den eigentlichen Beweisen entsprechend. Wenn es absichtlich und ohne Beachtung der Wahrheit gemacht wird, nennen wir es Missdeutung, Verfälschung oder Verbergen der Wahrheit. Dann wird Krankheitsverleugnung als Widerspiegelung des Wunsches, gesund zu sein (gesehen zu werden), angesehen. Diese Art der Selbsttäuschung erfordert besondere Informationsverarbeitungsstrategien, vom absichtlichen Filtern bis hin zur Wahrnehmungsverzerrung der Realität durch selektives Sammeln von Beweisen, selektive Fokussierung/Aufmerksamkeit und positiver oder negativer Missdeutung (Mele, 2000). Selbst wenn angemessene Rückmeldung gegeben wird, sind Menschen nicht in der Lage, ihre Ansicht neuen Informationen anzupassen, was gewöhnlich zu einem übermäßigen Selbstvertrauen und einer Überschätzung der Fähigkeit, das eigene Verhalten zu kontrollieren und/oder vorherzusagen, führt (Appel, 1986).

Die Verbindung zwischen Verleugnung und übermäßigem Selbstvertrauen, Unaufrichtigkeit und *wishful thinking*, Ergebnismaximierung und Verlustminimierung ist eine Art der Selbsttäuschung. Wenn Selbsttäuschung als dem bewussten Geist aktiv falsch dargestellte Realität betrachtet wird, kann sie die Täuschung wichtiger anderer (die geleugnet werden kann), die Aufblähung des Selbst, Bias in Bezug auf das Selbst, falsche Berichte hinsichtlich der Absichten und einen bewussten Geist, der mit Verleugnung und Projektion arbeitet, um eine selbstdienliche Umwelt zu erzeugen, beinhalten (Trivers, 2000). Alle diese Formen der Selbsttäuschung können als Varianten der *unrealistischen Selbsteinschätzung* betrachtet werden. Menschen neigen dazu, in vielen sozialen und intellektuellen Bereichen übermäßig vorteilhafte Einschätzungen ihrer Fähigkeiten zu haben. Diese Überschätzung tritt teilweise auf, weil Menschen, die in diesen Bereichen unerfahren sind, eine zweifache Last tragen: Sie ziehen nicht nur falsche Schlussfolgerungen und treffen unglückliche Entscheidungen, sondern ihre Inkompetenz beraubt sie auch der metakognitiven Fähigkeit, dies zu erkennen (Kruger und Dunning, 1999). Wir haben es hier mit einer Verzerrung der Realitätsbewertung durch unrealistischen Optimismus zu tun.

5.5 Unrealistischer Optimismus

Forschung zur Risikowahrnehmung zeigt, dass einige Menschen dazu neigen, ihr Risiko, Gefahren oder Gesundheitsprobleme zu erleben, wie z. B. in einen Autounfall verwickelt zu sein oder einen Schlaganfall zu bekommen, im Vergleich mit einer durchschnittlichen oder typischen Person zu unter-

schätzen. Diese Art der Überzeugung – „Mir wird nichts Schlimmes passieren“ – ist der Kern von unrealistischem Optimismus, auch bekannt als komparativer Optimismus (Shepperd et al., 2002), die Illusion der Unverwundbarkeit (Weinstein und Klein, 1996) oder die Verleugnung der Verwundbarkeit (Breznitz, 1983). Die Bandbreite von Ereignissen, bei denen unrealistischer Optimismus auftritt, ist ein weites Feld, das Bereiche wie Leistung, Gesundheit, interpersonale Beziehungen, Kriminalität, Naturkatastrophen und Verkehrsunfälle einschließt. Eine Reihe von kognitiven und motivationalen Mechanismen wurden als Determinanten des unrealistischen Optimismus vorgeschlagen (Higgins et al., 1997).

- *Kognitive* Erklärungen für den unrealistischen Optimismus basieren auf der Annahme, dass Menschen bei der relativen Risikoeinschätzung systematische Informationsverarbeitungsfehler machen: Diese Fehler könnten von „Egozentrismus“ (dem Versäumnis, Vergleiche mit den Erfahrungen anderer Menschen anzustellen) stammen oder von der Verwendung kognitiver Heuristiken wie „Repräsentativität“ (Salienz, d. h. Hervorspringen des Prototyps des „typischen Opfers“) und „Verfügbarkeit“ (wenige verfügbare Fälle eines Ereignisses).
- *Motivationale* Erklärungen für den Optimismus basieren auf der Vorstellung, dass das Eingestehen der Möglichkeit, dass negative Ereignisse eintreten werden, Angst erzeugt. Um diese Angst zu reduzieren, nutzen Menschen selbsttäuschende Copingstrategien wie Verleugnung oder Verzerrung der Existenz der Bedrohung. Angstreduktion erklärt den Befund, dass Personen nach Möglichkeit ein hochverwundbares Vergleichsobjekt wählen, ein Phänomen, das „downward comparison“ genannt wird. Unrealistischer Optimismus ist kein Artefakt des person positivity, d. h. die Tendenz, eine Person als weniger verwundbar als eine gesamte Gruppe zu beurteilen, sondern der Selbsterhöhung – nur das Selbst als unverwundbar zu beurteilen (Regan et al., 1995). Eine andere mögliche motivationale Erklärung für den unrealistischen Optimismus ist das Bedürfnis nach persönlicher Kontrolle. Menschen können ihre Fähigkeit, negative Folgen zu kontrollieren und zu verhindern, überschätzen, was bedeutet, dass sie sich weniger verwundbar als die Durchschnittsperson fühlen (McKenna, 1993).
- Die kognitiven und motivationalen Mechanismen schließen sich womöglich nicht gegenseitig aus, sondern sind voneinander abhängig. Menschen sind motiviert, Angst zu reduzieren, und tun dies, indem sie systematische kognitive Fehler machen. Obwohl Menschen in der Lage sind, realistischere Urteile zu bilden, werden sie nach Möglichkeit „downward comparisons“ machen, indem sie aktiv einen Prototypen generieren, der deutlich in Gefahr ist. Menschen, die Unabhängigkeit oder internale Kontrollüberzeugung schätzen, zeigen eher unrealistischen Optimismus hinsichtlich gesundheitlicher Risiken (Hoorens und Buunk, 1993). Eine mögliche Erklärung für die Widerstandsfähigkeit von unrealistischem Optimismus, gesundheitliche Risiken betreffend, ist, dass Krankheitsdarstellungen viele Komponenten beinhalten, und nachdem eine Person eine bedrohliche Information über eine

Komponente erhalten hat, kann sie Bias über andere Komponenten aufrechterhalten (Weinstein und Klein, 1996). Gleichgültig ob Optimismus als kognitiver Bias, als eine dispositionale Einstellung oder als eine Überzeugung konzeptualisiert wird, er scheint eine „Verzerrung der Realität“ zu sein, die die kognitive Bewertung zukünftiger Erwartungen einer Person direkt beeinflusst. Dies führt dazu, dass eine Person die eigenen Chancen für positive Ergebnisse über- und für negative Ergebnisse über zukünftige Situationen hinweg unterschätzt. Obwohl einige Formen des Optimismus nicht automatisch unrealistische Einschätzungen ergeben (Schneider, 2001), und obwohl die Beziehungen zwischen optimistischem Bias und tatsächlichem Gesundheitsverhalten unklar bleiben, ist die verringerte Wahrscheinlichkeit, dass Personen selbstschützendes Verhalten übernehmen, ein wichtiger potenzieller Nachteil von unrealistischem oder irrationalen Optimismus. Was auch der Ursprung oder die Erklärung für die persönliche Bevorzugung hinsichtlich der Risikoeinschätzung sein mag (Shepperd et al., 2002), sie bedeutet eine potenziell gefährliche Verzerrung der Risikowahrnehmung, die sich in der Tendenz zeigt, das Risiko, Gefahren und gesundheitliche Probleme zu erleben, zu unterschätzen. Unrealistischer Optimismus beinhaltet immer eine Art der Selbsttäuschung, indem man sich selbst von erwünschten Ansichten überzeugt und die Priorität darauf setzt, sich gut zu fühlen, ohne die Realität angemessen zu überprüfen (Schneider, 2001). Wir sehen uns hier den positiven Illusionen von Wohlbefinden gegenüber, einer Form der Selbsttäuschung, die auf positiven Verzerrungen des Denkens und Reflektierens basiert oder kurz auf irrationaler Selbstevaluierung (Kinney, 2000). Wenn man dieses Thema mit der Idee der Krankheitsverleugnung verbindet, könnte man auch von der *Illusion der Gesundheit* sprechen, die auf defensiver Verleugnung von Leid basiert (Shedler et al., 1993).

5.6 Die Täuschung anderer

Wenn eine Person in einem psychiatrischen Interview freimütig offensichtliche Anzeichen einer Störung leugnet, könnte dies das Resultat einer beeinträchtigten Realitätsprüfung sein, aber es kann auch einfach ein Weg sein, andere zu täuschen, was sogar eine Art der Selbsttäuschung beinhalten könnte (Othmer und Othmer, 2002). Indem der Lügner seine Zuhörer überzeugt, kann er seine eigenen Lügen glauben und verstärkt so seine Selbsttäuschung (d. h., eine vormals richtig wahrgenommene Realität wird nun verzerrt). Als solche kann Verleugnung auch als eine der verschiedenen Formen der *Mythomanie* gesehen werden; verwandt mit Schwindeln und Konfabulationen ist ihr Hauptmerkmal Täuschung, die häufig Selbsttäuschung beinhaltet (Myslobodsky, 1997). Besonders bei den stoffgebundenen Abhängigen oder Süchtigen haben die gemeinhin zugeschriebenen Kennzeichen Verleugnung, Widerstand oder Motivationslosigkeit schnell die – oft moralisch gefärbte – Konnotation der Unaufrichtigkeit oder (Selbst-)Täuschung (Twerski, 1997). Diese Assoziation ist vielleicht der benutzten Sprache inhärent: Wie wir gesehen haben, ist *denial* eine Übersetzung des freudianischen Begriffs Verleugnung, „einem Wort, das etymologisch den Begriff des Lügens beinhaltet: der Versuch, sich durch eine „lü-

genhafte' Art der Verleugnung zu weigern, eine bestimmte Realität zu akzeptieren" (Werblowsky, 1983, S. 213).

Verleugnung kann eine besondere Bedeutung haben, wenn ihre Hauptfunktion die Täuschung anderer durch Verfälschung von Informationen ist. Abhängig von dem Ziel dieses manipulativen Verhaltens – in welche Richtung man hofft, die anderen „irrezuführen“ – ähnelt sie anderen Formen der Täuschung wie Simulation, Vortäuschung und der artifiziellen Störung. Während sich Simulation auf Übertreibung negativer Merkmale bezieht (d. h. faking bad), ist Verleugnung durch die Betonung positiver Merkmale charakterisiert (d. h. faking good). Das Antwortbias des „fake good“ ist auch als soziale Erwünschtheit bekannt, also die Tendenz, sich in einem sozial günstigen Licht zu präsentieren. In der psychologischen Forschung, die heikle und persönliche Fragen beinhaltet, ist es eine häufige Reaktion, sich selbst positiv darzustellen (Paulhus, 2002). In einer extremeren Form kann die Verleugnung von Problemen oder Symptomen zu einer Art „artifizieller Gesundheit“ werden, um medizinische Behandlung zu vermeiden (d. h. das Gegenteil der artifiziellen Störung). Das Motiv, so zu handeln, könnte die Angst vor Konsequenzen oder das Bedürfnis nach Selbstbestimmung sein (s. Tab. 1). In manchen Fällen kann dies das Vortäuschen einer „Supernormalität“ beinhalten, d. h. die Tendenz, das Vorhandensein gewöhnlicher Symptome oder Beschwerden, von denen gesunde Menschen normalerweise zugeben würden, diese bereits zumindest manchmal gehabt zu haben, systematisch zu verleugnen (Cima et al., 2003).

Selbst der erfahrenste Berater oder Kliniker wird Klienten/Patienten begegnen, die zögern, ihre Beschwerden völlig offenzulegen. „Obwohl es verlockend sein kann, das als ‚Verleugnung‘ zu bezeichnen, ist eine alternative Sichtweise, das Zögern, selbstverurteilende Beweise zu offenbaren, als eine psychologische Abwehr zu betrachten, die durch einen kognitiven Konflikt herbeigeführt wurde“ (Saunders et al., 1996, S. 256). Im Kern des Suchtverhaltens findet zum Beispiel der innere Kampf zwischen „Ich will das so gerne machen“ und „Ich weiß, ich sollte es eigentlich nicht“ statt. Die einfachste und radikalste Lösung dieses kognitiven Konfliktes ist, nach der zuvor genannten Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1957), „nicht zu sehen, was ich mir selbst antue“. Handelt es sich bei einer solchen Verleugnung um eine Unfähigkeit des Erkennens oder um eine Weigerung, Probleme zuzugeben? In Bezug auf Suchtverhalten können Personen wählen, sich nicht anzusehen, was sie sich selbst antun. „Wenn sie hinsähen, müssten sie sich selbst sagen, damit aufzuhören, und in den Veränderungsphasen, bevor Maßnahmen ergriffen werden, ist diese Entscheidung zu bedrohlich, um sie in Betracht zu ziehen“ (Saunders et al., 1996, S. 258). Man kann dies eine Form der Selbsttäuschung nennen, wie wir bereits diskutiert haben. In anderen Fällen erkennt die Person die Beschwerden, ist aber nicht gewillt, diese anderen gegenüber zu offenbaren. Wir könnten es hier mit einer „taktischen Verleugnung“ zu tun haben (Wallace, 1995), dem absichtlichen Verschweigen von Beschwerden oder Problemen. Diese *Verweigerung der Selbstoffenbarung* wurde in der Literatur zu Verleugnung in grober Weise übersehen.

Der interaktionale Prozess von der taktischen Täuschung bis zur Selbsttäuschung wird typischerweise bei Menschen mit

Substanzmissbrauch gefunden (s. auch nächster Abschnitt). Indem Alkoholiker verleugnen, versuchen sie, diejenigen, die sich um sie sorgen, zufriedenzustellen und zu beruhigen. „Wie das Kind, das glaubt, solange es lügt, wird seine Mutter die Wahrheit nicht kennen und sich nicht sorgen und es deshalb nicht bestrafen oder mit Liebesentzug bedrohen, scheint der alkoholkranke Patient zu glauben, dass er durch das Leugnen der Anschuldigung, dass er trinkt, erfolgreich die Idee des Trinkens und seiner Konsequenzen gänzlich eliminiert“ (Hartocollis, 1968, S. 52). Jetzt ist nicht das Trinken, sondern das Leugnen, das Geheimnis geworden. Schließlich trinken sie, um sich vor dem Bewusstsein dieses Geheimnisses zu schützen (Hartocollis, 1968). Bei diesem Prozess der aufrechterhaltenen Täuschung (von wichtigen anderen, genauso wie von sich selbst) sieht es aus, als hätten wir es mit einer Art *magischem Denken* zu tun, wenn eine solche Verleugnung den Glauben in die Fähigkeit beinhaltet, die Existenz von etwas allein durch die Aussage, dass es nicht existiert, zu eliminieren. Es scheint, als seien wir hier nah an dem Lügner, der seine eigenen Lügen glaubt und in der Gewohnheit, andere zu täuschen, nicht erkennt, dass er in Selbsttäuschung gefangen ist.

5.7 Verleugnung als ein interaktionaler Prozess

Ob absichtlich täuschend oder nicht, Verleugnung tritt gewöhnlich im Kontext einer interpersonalen Beziehung auf; sie kann als primären Zweck den Schutz einer wichtigen Beziehung haben (Dorpat, 1989). Wie Weisman (1972) beobachtete, können schwer kranke Patienten Verleugnung nur gegenüber Personen zeigen, die Autorität über sie haben. Oder wie Hartocollis (1968) fragte: „Wie kommt es dann, dass ein bekennender ‚Alkoholiker‘ einem ‚Mit-Alkoholiker‘ aufrichtig gegenüberzutreten kann, während er gegenüber jemandem, der die Krankheit nicht hat, lügt oder die offensichtliche Tatsache seiner Krankheit verleugnet?“ (S. 47). Manche Menschen benutzen Verleugnung sogar, weil Ärzte oder Verwandte dies erwarten („Heute ist doch alles gut, oder?“). Mit anderen Worten werden das Ausmaß und die Häufigkeit von Verleugnung signifikant von den Einstellungen und Kommunikationsmustern des behandelnden medizinischen Personals beeinflusst. Tatsächlich sind sogenannte intrapsychische Abwehrstrategien häufig interaktional; oder wie Dorpat (1989) schlussfolgert: „Die Umwelt muss sich bestimmten Abwehrprozessen fügen, wenn nicht sogar daran teilhaben, um diese Abwehrstrategien aufrechtzuerhalten“ (S. 21). In manchen Fällen kann man sogar von „geteilter Verleugnung“ sprechen, die in ihren psychotischen Anteilen der Folie à deux ähnelt. Das interpersonale oder interaktionale Wesen der Verleugnung kann auch aus der Tatsache abgeleitet werden, dass sie sich im Grunde genommen auf die *soziale Konstruktion* der Realität bezieht: „Die Realität, die man verleugnet, verweigert oder es versäumt, sich auf sie zu beziehen, ist sehr häufig das, was andere für die Realität halten“ (Werblowsky, 1983, S. 214). Oder, wie Weisman (1989) es formuliert, „verleugnet Verleugnung die besondere Nachbildung der Realität, die von einer Person zur nächsten kommuniziert wird“ (S. 252). Also sollte Krankheitsverleugnung als Verleugnung dessen, was andere eine Krankheit nennen, betrachtet werden.

Da Verleugnung mehr als eine Person mit einschließt, kann sie als eine *interpersonale Transaktion* – zwischen A (dem Verleugner) und B (den anderen) – in fünf Schritten angesehen werden (Weisman, 1989): (1) Akzeptanz von A und B bezüglich eines gemeinsamen Bereiches, in dem Bedeutungen klar scheinen; (2) partielles Zurückweisen einer Bedeutung dieser geteilten Realität durch A; (3) Revision oder Ersetzen dieser abgelehnten Bedeutung mit etwas Akzeptablem durch A; (4) Neuorientierung des sich daraus ergebenden Verhaltens von A in Bezug auf die „neue“ Realität und (5) Urteil von B, dass A unerwartet eine offensichtliche Realität falsch interpretiert oder verleugnet hat. Im Kern impliziert Krankheitsverleugnung also einen *Konflikt* zwischen der Wahrnehmung des Patienten und eines Beobachters (Healthcare Professional) bezüglich des Vorhandenseins oder der Schwere einer Störung. Dieser Konflikt kann durch die konfrontierende Art der Interaktion des Kliniklers mit dem Patienten noch verschärft werden, wodurch die Ablehnung der Wahrnehmung des Kliniklers bezüglich der Krankheit beim Patienten noch verstärkt wird. Die konfliktbehaftete Konfrontation kann jedoch auch auf das interaktionale Szenario folgen, bei dem der Klinikler eine Person zum „Bekennen“ drängt und eine Person sich weigert, die „Krankenrolle“ zu übernehmen (s. auch Abschnitt „Die Täuschung anderer“). Wir begegnen hier Verleugnung in ihrer Bedeutung als „die Handlung des Verweigerens oder Ablehnens einer Aufforderung“, wobei es sich um die Aufforderung zu bekennen, sich zu fügen, zu gehorchen etc. handeln kann, kurz: „nachzugeben!“.

Die Art, wie in der klinischen Praxis mit der Idee der Verleugnung umgegangen wird, spiegelt eine kritische interpersonale Dynamik wider. Besonders im Bereich der Störungen des Substanzmissbrauches nimmt der Begriff eine fast prototypische Stellung ein, indem er aus Sucht die „Krankheit des Verleugnens“ macht (Taleff, 1994). Dies impliziert, dass der Klinikler dem Patienten mit einer unoffenen Art der Wahrnehmung begegnet, einhergehend mit einer Haltung, die Verleugnung und Widerstand erwartet und garantiert. In diesem Fall übersieht der Therapeut die Bedeutung der Beziehung zu seinem Patienten, die durch die vorurteilsbehaftete Wahrnehmung – die durch den Klinikler „konstruierte Realität“ der Verleugnung und des Widerstandes – eher zu einer Beziehung der Opposition als zu einer der Kooperation wird. Die Vorstellung der Verleugnung wird dann automatisch mit Behandlungsverweigerung oder Veränderungsunfähigkeit verbunden, und diese „wahrgenommene Unveränderlichkeit ruft die Notwendigkeit starker Gegenmaßnahmen, wie Konfrontation, hervor“ (Taleff, 1997, S. 36). Taleff (1994, 1997) plädierte für eine lösungsorientierte Ausrichtung und schlug vor, Verleugnung in etwas Konstruktiveres umzudeuten oder das Konzept ganz zu verwerfen, da es Probleme statt Lösungen erzeugt. In diesem Sinne wurde ein nicht konfrontierender, konstruktiver Beratungsstil durch die einflussreiche Strömung der motivationalen Gesprächsführung (Miller und Rollnick, 1991) gefördert, die im Grunde genommen keine Technik, sondern eine Haltung oder ein Geist ist und die mit der entscheidenden Prämisse anfängt, dass geringe Veränderungsmotivation „nicht nur ein Klientenproblem ist, sondern ein Veränderungsstadium, das sehr empfindlich für das Verhalten des Beraters ist“ (Rollnick und Allison, 2001, S. 594).

6 Schlussfolgerung

Margolis und Zweben (1998) weisen in Bezug auf die Behandlung von Alkoholikern und Drogenkonsumenten auf Verleugnung als ein Konzept hin, das „durch falschen Gebrauch so brutal behandelt wurde, dass es klug ist, es selektiv und mit Vorsicht zu benutzen“ (S. 174). Krankheitsverleugnung wurde als eine Form von psychologischem Abwehrmechanismus, eine psychoseähnliche Realitätsverzerrung, ein Anzeichen für neurobiologische Beeinträchtigung (Anosognosie) und als ein Copingprozess (kognitiv, interpersonal, adaptiv oder maladaptiv) beschrieben. Es wurde mit der Erkennung von Symptomen, dem Aufsuchen medizinischer Hilfe, der psychologischen Anpassung an Diagnose und Krankheit, dem Befolgen von therapeutischen Verordnungen und dem Fortschreiten der Krankheit in Zusammenhang gebracht. In diesem Artikel folgten wir Weismans (1989) Rat, „dass es sinnvoller ist, die unterschiedlichen Dimensionen der Verleugnung zu untersuchen, als eine Allzweck-Definition zu finden, die für alle Fälle zutrifft“ (S. 254). Krankheitsverleugnung ist kein statischer Alles-oder-nichts-Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, der in unterschiedlichen Graden existiert, verschiedene Bedeutungen in verschiedenen Zusammenhängen hat, einer Vielzahl von Funktionen dient, sowohl adaptiv als auch maladaptiv, und der mit der Zeit stark fluktuieren kann. Die Anwendung von Verleugnung variiert mit der Ernsthaftigkeit der Situation, der Persönlichkeit der Person, familiärem und kulturellem Hintergrund, genauso wie mit der Interaktion mit der sozialen Umwelt einschließlich Healthcare Professionals.

Die Komplexität der Krankheitsverleugnung, sowohl in ihrer Konzeptualisierung als auch in ihrer Interpretation, wird am eindringlichsten bei Substanzmissbrauch und der Art, wie Healthcare Professionals mit diesem Thema umgehen, veranschaulicht. Alkohol hat neurotoxische Effekte, die häufig zu signifikanten kognitiven Defiziten, wie Schwierigkeiten mit Planung, Einsicht und Impulskontrolle, führen. Diese Defizite werden häufig als „alkoholische Verleugnung“ missinterpretiert, und es wird angenommen, dass sie eine psychologische Basis haben, während das tatsächliche Problem (zumindest bei einer Untergruppe von Alkoholpatienten) in der neurologischen Grundlage für Einsicht und Selbstbeobachtung (Duffy, 1995) angesiedelt werden sollte. Deswegen sollte man immer, wenn man einer Form der Krankheitsverleugnung begegnet, zunächst an ein biologisches Defizit im Sinne der Anosognosie denken. Eine *mangelhafte Selbstaufmerksamkeit*, die auf biologisch beeinträchtigtes Verarbeiten von selbst-evaluierender Information zurückzuführen ist, kann bei Patienten mit Hirnläsionen, bei psychotischen, alkoholabhängigen und untergewichtigen anorektischen Patienten vorhanden sein. In Computersprache ausgedrückt bezieht sich Anosognosie auf Funktionsdefizite, die von einem Fehler in der „Hardware“ stammen, während Verleugnung oder Nichtanerkennung als „Software“-Probleme verstanden werden können (Edelstein et al., S. 57). In letzterem Fall ist Verleugnung ein *psychologischer Selbstschutz*, ein Versuch, den Effekt eines Störfaktors der Realität zu schwächen, wenn andere oder bessere (defensive, schützende, homöostatische, selbsterhaltende) Copingmechanismen nicht verfügbar sind. Wenn man die Computer-

analogie fortführt, repräsentiert Verleugnung, nun in psychodynamischer Terminologie formuliert, „einen unbewussten Befehl zu ‚löschen‘ – zumindest von leicht zugänglichen Schichten des Gedächtnisses – oder einfach – wenn so etwas möglich ist [...] – nicht zu registrieren oder zu speichern“ (Shanan, 1989, S. 116). Im Kontext der Informationsverarbeitung schlussfolgerte Hamilton (1983) vorläufig, dass Verleugnung entweder durch fehlende Aufmerksamkeit für bedrohliche Stimuli oder durch ein Blockieren der Bewusstmachung von Informationen aus dem Langzeitgedächtnis erreicht wird. Verleugnung wird offensichtlich beeinflussen, welche Information vom Patienten erhalten und akzeptiert wird und wie diese Information in der Zukunft benutzt werden wird.

Wenn eine biologisch beeinträchtigte Selbstwahrnehmung ausgeschlossen wird, kann Verleugnung in psychologischen Begriffen als partielle Skotomisierung beschrieben werden oder als „das Auge des Geistes blenden“ (Wurmser, 1989). Aber einige Menschen können ihre Augen absichtlich vor der Realität schließen und sich weigern, eine medizinische Diagnose zu akzeptieren, wegen der Implikationen in Verbindung mit der erwarteten Gesundheitsfürsorge (z. B. medizinische Untersuchungen, Behandlung) oder wegen der befürchteten Konsequenzen im Zusammenhang mit der sozialen Wirkung des diagnostischen Etiketts (z. B. Stigmatisierung, Bedrohung der sozialen Rolle, wirtschaftliche Kosten). Eine absichtliche *Weigerung der Selbstoffenbarung*, oft mit dem Vortäuschen von Gesundheit („fake good“) in Verbindung gebracht, hat praktisch immer eine interaktionale Bedeutung. Diese Personen wollen nicht, dass sich andere (von Familienmitgliedern bis hin zu Healthcare Professionals) in ihr Leben einmischen. Sie wollen sich um ihre eigenen Belange kümmern (Selbsthilfe) als eine Bestätigung ihres Bedürfnisses nach Selbstbestimmung. In manchen Fällen kann eine Person eine Bedrohung verbal verleugnen und gleichzeitig affektive Erregung zeigen, die ein Erleben von Angst offenbart. Die Konfrontation mit diesen widersprüchlichen Botschaften könnte zu dem Eingeständnis führen, ängstlich zu sein. Aber wie wir von den artifiziellen Störungen wissen, wird Konfrontation – „die Demaskierung des Täuschers“ – oder eine Art des erzwungenen Bekenntnisses sehr wahrscheinlich zu einer Flucht des Verleugners führen, der sich gefangen fühlt. Deshalb sollten sich Healthcare Professionals darüber im Klaren sein, dass ihre konfrontierende („motivierende“) Herangehensweise gerade eine „Flucht in die Gesundheit“ herbeiführen könnte! Wenn man zwischen nur zwei Alternativen wählen muss, wird die Wahrnehmung, dass durch eine Entscheidung die Freiheit eingeschränkt wird, einen starken Konfliktzustand erzeugen. Manche Menschen finden, dass der Beginn einer Behandlung einen solchen Verlust der Freiheit beinhaltet. Sie bevorzugen den Status quo, der mit weniger Unsicherheit als die Alternative der Veränderung verbunden ist (Appel, 1986).

Patienten prüfen Informationen ihrer Umwelt und urteilen über die Richtigkeit und Wichtigkeit dieser Information; daher kann ihre Wahrnehmung der Realität mit Bias versehen oder völlig verzerrt sein. Healthcare Professionals müssen diesen unrealistischen Wahrnehmungen ins Auge sehen – sei es in einem pessimistisch-fatalistischen oder in einem optimistischen Sinn – und sind häufig mit „Realitätsverhandlungen“ beschäftigt

(Ersek, 1992). Aber handelt es sich nicht um ein psychotisches Symptom, wenn jemand entgegen aller objektiven Beweise das Vorhandensein einer Krankheit gänzlich leugnet? Strauss et al. (1990), die einen neuen diagnostischen Subtyp der maladaptiven Krankheitsverleugnung vorschlagen, sind dieser Frage wie folgt begegnet: In diesem Fall besteht die Person auf der alten Realität (seinem oder ihrem gesunden Selbst), anstatt eine neue Realität zu schaffen, und aus diesem Grund ist die Diagnose einer Psychose nicht angemessen. Von einem Kliniker oder Therapeuten wird erwartet, Verleugnung durch Wahrheit und Illusion durch Realität zu ersetzen. Bezugnehmend auf Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten betonten Baider und Edelstein (1989), dass „solch ein Verhalten Verleugnung auf der Seite des Therapeuten darstellen würde, Verleugnung der poetischen Schönheit der kreativen Lösungen, die von diesen Patienten für Konflikte jenseits des Bereiches normaler menschlicher Erfahrung gefunden wurden“ (S. 247). In einer Diskussion von Goldbergers (1983) Artikel weist Dr. Milgram auf *Verleugnung als einen sehr positiven Akt* hin: „Einsicht ist nicht so wichtig, und Verleugnung ist nicht so schlecht. Verleugnung ist nicht die Abwesenheit von etwas; es ist die Ersetzung von etwas durch etwas anderes. Wenn eine Person sagt ‚ich bin nicht traurig, ich werde der Traurigkeit nicht nachgeben‘, sagt sie tatsächlich, ‚ich werde glücklich sein‘. Die Aussage ‚ich werde nicht sterben‘ impliziert ‚ich werde leben‘. In der Folge ist Verleugnung die Bestätigung des Gegenteils dessen, was verleugnet wird, und wir brauchen ein neues Wort dieser positiven Richtung entsprechend“ (Milgram zitiert nach Goldberger, 1983, S. 98).

Die Person, die Krankheit verleugnet, schafft sich eine persönliche Realität oder idiosynkratische Illusion von Gesundheit. Daher ist Verleugnung nicht das Fehlen der Realitätsüberprüfung, sondern eine „bedeutungsvolle Schöpfung“ (Baider und Edelstein, 1989, S. 247). In ähnlicher Weise bemerkte Kendig (1963), dass positive Aussagen, die die eigene Gesundheit bestätigen, häufig in Verbindung mit der Neigung, Krankheit zu verleugnen, gefunden werden: Es ist, als ob jeglicher Beweis für die letztere zugunsten einer Aussage des allgemeinen Wohlbefindens zur Seite gefegt würde“ (S. 38). Daher betonte Kendig, dass Krankheitsverleugnung aus dem Glauben an die Unversehrtheit des Selbst und die Unverwundbarkeit des Körpers heraus entstehen kann, was einen positiven Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit darstellen kann. Im modernen Gesundheitswesen wird jedoch von dem Konsumenten erwartet, sich rational und selbstverantwortlich zu verhalten, Krankheit als einem Hindernis im Leben zu begegnen, das man mit allen verfügbaren Mitteln überwinden sollte, zumindest wenn die Person auf einen bewussten Willen und eine kritische Realitätsüberprüfung zurückgreifen kann. Das Erleben des bewussten Willens hilft uns dabei, unsere Urheberschaft von den Dingen, die unser Verstand und unser Körper tut, zu schätzen und zu erinnern (Wegner, 2002). Wir pflegen diese Illusion, genauso wie wir Realitätsüberprüfung als ein Zeichen geistiger Gesundheit ehren, obwohl das Leben ohne Illusionen unerträglich wäre (Lazarus, 1983). Die Illusion, die durch Krankheitsverleugnung erschaffen wird, bildet eine vorübergehende Realität, deren adaptive Funktion wir würdigen sollten, bevor wir sie „heilen“.

Literatur

- Allan CA (1991): Acknowledging alcohol problems: The use of a visual analogue scale to measure denial. *J Nerv Ment Dis* 179:620-625
- Amador X, Johanson AL (2000): *I am not sick, I don't need help. Helping the seriously mentally ill accept treatment.* Peconic (NY): Vida Press
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision).* Washington, DC: American Psychiatric Association
- Anderson JA, Olmhausen KS (1999): Adolescent self-esteem: A foundational disposition. *Nurs Sci Q* 12:62-67
- Appel CP (1986): From contemplation to determination: Contributions from cognitive psychology. In: Miller WR, Heather N (eds.): *Treating addictive behaviors: processes of change.* New York: Plenum Press, pp. 59-89
- Baider L, Edelstein EL (1989): Beyond denial: Replacement fantasies in patients with life-threatening illness. In: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.): *Denial: A clarification of concepts and research.* New York: Plenum Press, pp. 237-249
- Baier M, Murray RL, McSweeney M (1998): Conceptualization and measurement of insight. *Arch Psychiatr Nurs* 12:32-40
- Basch MF (1983): The perception of reality and the disavowal of meaning. In: *Annals of Psychoanalysis. Vol. 11.* New York: International Universities Press, pp. 125-153
- Beisser AR (1979): Denial and affirmation in illness and health. *Am J Psychiatry* 136:1026-1030
- Berrios GE (1996): *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century.* Cambridge (UK): Cambridge University Press
- Bourguignon A, Manus A (1980): Hallucination négative, déni de la réalité et scotomisation [Negative hallucination, denial of reality and scotomization]. *Ann Med Psychol* 138 :129-153
- Brakel LW (1989a): Negative hallucinations, other ir retrievable experiences and two functions of consciousness. *Int J Psychoanal* 70:461-479
- Brakel LA (1989b): Understanding negative hallucination: Toward a developmental classification of disturbances in reality awareness. *J Am Psychoanal Assoc* 37 :437-463
- Breznitz S (1983): The seven kinds of denial. In: Breznitz S (ed.): *The denial of stress.* New York: International Universities Press, pp. 257-280
- Carsky M, Selzer MA, Terkelsen K, Hurt SW (1992): The PEH: A questionnaire to assess acknowledgment of psychiatric illness. *J Nerv Ment Dis* 180:458-464
- Casper RC, Heller W (1991): «La douce indifférence » and mood in anorexia nervosa: neuropsychological correlates. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 15: 15-23
- Cima M, Merkelbach H, Hollnack S, Butt C, Kremer K, Schellbach-Matties R, Muris P (2003): The other side of malingering: Supernormality. *Clin Neuropsychol* 17 :235-243
- Clark WC (1994): The psyche in the psychophysics of pain: An introduction to sensory decision theory. In: Boivie J, Hansson P, Lindblom U (eds.): *Touch, temperature, and pain in health and disease.* Seattle (W A): International Association for the Study of Pain Publications, pp. 41-62
- Clark WC, Yang JC (1983): Applications of sensory decision theory to problems in laboratory and clinical pain. In: Melzack R (ed.): *Pain measurement and assessment.* New York: Raven Press, pp. 15-26
- Connor SR (1992): Denial in terminal illness: To intervene or not to intervene. *Hosp J* 8(4) :1-15
- Connors G, Donovan D, DiClemente C (2002): *Substance abuse treatment and the stages of change.* New York: Guilford Press
- Cousins N (1982): Denial: Are sharper definitions needed? *J Am Med Assoc* 248:210-212
- Cox WM, Klinger E (2002): Motivational structure: Relationship with substance use and processes of change. *Addict Behav* 27:925-940
- Cromwell P, Thurman Q (2003): The devil made me do it: Use of neutralizations by shoplifters. *Deviant Behav* 24:535-550
- David AS (1990): Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 156:798-808
- Donohue A, Harrington C (2001): La belle indifférence: Medical myth or useful marker of psychiatric disease. *Med Health (Rhode Island)* 84:207-209
- Dorpat TL (1985): *Denial and defense in the therapeutic situation.* New York: Jason Aronson
- Dorpat TL (1989): Interactional perspectives on denial and defense. In: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.): *Denial: A clarification of concepts and research.* New York: Plenum Press, pp. 17-35
- Duffy JD (1995): The neurology of alcohol denial: Implications for assessment and treatment. *Can J Psychiatry* 40:257-263
- Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.) (1989): *Denial: A clarification of concepts and research.* New York: Plenum Press
- Ellis SJ, Small M (1993): Denial of illness in stroke. *Stroke* 24:757-759
- Erlich HS (1989): Adolescent denial: Some psychoanalytic reflections on strength and weakness. In: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.): *Denial: A clarification of concepts and research.* New York: Plenum Press, pp. 141-158
- Ersek M (1992): Examining the process and dilemmas of reality negotiation. *Image: J Nurs Scholarship* 24:19-25
- Farr RS (1999): Coping styles in asthma. *J Allergy Clin Immunol* 103:29-35
- Fennig S, Naisberg-Fennig S, Craig TJ (1996): Assessment of insight in psychotic disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 33:175-187
- Festinger L (1957): *A theory of cognitive dissonance.* Palo Alto (CA): Stanford University Press
- Fingarette H (2000): *Self-deception.* Berkeley (CA): University of California Press
- Fleming JM, Strong J, Ashton R (1998): Cluster analysis of self-awareness levels in adults with traumatic brain injury and relationship to outcome. *J Head Trauma Rehabil* 13:39-51
- Freud S (1924/1961): The loss of reality in neurosis and psychosis. In: Strachey J (ed.): *The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. 19.* London: Hogarth Press, pp. 183-187
- Gabbard GO (2000): Psychoanalysis. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.): *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed.* Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, pp. 563-607
- Ghaemi SN, Pope HG (1994): Lack of insight in psychotic and affective disorders: A review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 2:22-33
- Giacino JT, Cicerone KD (1998): Varieties of deficit unawareness after brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 13(5):1-15
- Goldberg RW, Green-Paden LD, Lehman AF, Gold JM (2001): Correlates of insight in serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 189:137-145
- Goldberger L (1983): The concept and mechanisms of denial: A selective overview. In: Breznitz S (ed.): *The denial of stress.* New York: International Universities Press, pp. 83-95
- Goldsmith RJ, Green BL (1988): A rating scale for alcoholic denial. *J Nerv Ment Dis* 176 :614-620
- Goleman DP (1985): *Vital lies, simple truths: The psychology of self-deception.* New York: Touchstone
- Greer S (1992): The management of denial in cancer patients. *Oncology* 6(12):33-40
- Gunstone S (2003): Risk assessment and management of patients with self-neglect: A "grey Area" for mental health workers. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10:287-296
- Hackett TP, Cassem NH (1974): Development of a quantitative rating scale to assess denial. *J Psychosom Res* 18:93-100
- Hamilton V (1983): Information-processing aspects of denial: Some tentative formulations. In: Breznitz S (ed.): *The denial of stress.* New York: International Universities Press, pp. 167-196
- Harmon-Jones E, Mills J (1999): *Cognitive dissonance: Progress on a pivotal theory in social psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Hartocollis P (1968): Denial of illness in alcoholism. *Bull Menninger Clin* 32:47-53

- Hartocollis P, Hartocollis PC (1995): Alcoholism, borderline and narcissistic disorders. In: Levin JD, Weiss RH (eds.): *The dynamics and treatment of alcoholism: Essential papers*. Northvale (NJ): Jason Aronson, pp. 207-221
- Hartweg DL (1991): *Dorothea Orem: Self-care deficit theory*. Newbury Park (CA): Sage
- Heil J (ed.) (1993): *Psychology of sports injury*. Champaign (IL): Human Kinetics
- Heilman KM, Barrett AM, Adair JC (1998): Possible mechanisms of anosognosia: A defect in self-awareness. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biol Sci* 353(1377), 1903-1909
- Higgins NC, St. Amand MD, Poole GA (1997): The controllability of negative life experiences mediates unrealistic optimism. *Soc Indic Res* 42:299-323
- Hoorens V, Buunk BP (1993): Social comparison of health risks: Locus of control, the person-positivity bias, and unrealistic optimism. *J Appl Soc Psychol* 23 :291-302
- Jacobs JR, Bovasso GB (1992): Toward the clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive dysfunctions. *J Pers Assess* 59:352-365
- Jacobsen BS, Lowery BJ (1992): Further analysis of the psychometric properties of the Levine denial of illness scale. *Psychosom Med* 54:372-381
- Janis IL, Mann L (1977): *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press
- Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002): Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention. *Can J Occup Ther* 69:281-292
- Kemperman I, Russ MJ, Clark WC, Kakuma T, Zanine E, Harrison K (1997): Pain assessment in self-injurious patients with borderline personality disorder using signal detection theory. *Psychiatry Res* 70:175-183
- Kendig IV (1963): The denial of illness. *Br J Med Psychol* 36:37-48
- Kinney A (2000): Positive illusions of well-being and irrationality: Implications for rational-emotive behavior therapy. *J Contemp Psychother* 30 :401-415
- Kirmayer LJ, Looper KJ (2006): Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Curr Opin Psychiatr* 19:54-60
- Kocyba H, Voswinkel S (in Vorber.): *Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen*. (WWW document) URL <http://www.ifs.uni-frankfurt.de/forschung/krankheitsverleugnung/index.htm>
- Kreitler S (1999): Denial in cancer patients. *Cancer Invest* 17:514-534
- Kruger J, Dunning D (1999): Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol* 77:1121-1134
- Lauder W (1999): The medical model and other constructions of self-neglect. *Int J Nurs Pract* 5:58-63
- Lauder W (2001): The utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect. *J Adv Nurs* 34:545-551
- Lazarus RS (1983): The costs and benefits of denial. In: Breznitz S (ed.): *The denial of stress*. New York: International Universities Press, pp. 1-30
- Lele MV, Joglekar AS (1998): Poor insight in schizophrenia: Neurocognitive basis. *J Postgrad Med* 44(2):50-55
- Levine J, Rudy T, Kerns R (1994): A two factor model of denial of illness: A confirmatory factor analysis. *J Psychosom Res* 38:99-110
- Lo R, MacLean D (2001): The dynamics of coping and adapting to the impact when diagnosed with diabetes. *Aust J Adv Nurs* 19(2):26-32
- Margolis RD, Zweben JE (1998): *Treating patients with alcohol and other drug problems: An integrated approach*. Washington, DC: American Psychological Association
- Marková IS, Berrios GE (1992): The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 160:850-860
- Marková IS, Berrios GE (1995a): Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 36:367-376
- Marková IS, Berrios GE (1995b): Insight in clinical psychiatry: A new model. *J Nerv Ment Dis* 183:743-751
- Marková IS, Berrios GE (2001): The «object» of insight assessment: Relationship to insight «structure». *Psychopathology* 34:245-252
- Masten AS, Curtis WJ (2000): Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Dev Psychopathol* 12:529-550
- McCabe R (1999): *Insight and illusion: Awareness of illness in schizophrenia from clinician and patient perspective*. Dissertation, University College Cork (UK)
- McGorry PD, McConville SB (1999): Insight in psychosis: An elusive target. *Compr Psychiatry* 40:131-142
- McKenna FP (1993): It won't happen to me. Unrealistic optimism or illusion of control? *Br J Psychology* 84:39-50
- Mechanic D (1987): The concept of illness behaviour: Culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med* 16:1-7
- Mekarski JE (1999): Stages of adjustment to a medical diagnosis of a serious somatic condition. *Eur Psychiatry* 14:49-51
- Mele AR (2000): *Self-deception unmasked*. Princeton (NJ): Princeton University Press
- Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Jenkins R, Lewis G (2003): The reluctance to seek treatment of neurotic disorders. *Int Rev Psychiatry* 15 :123-128
- Merskey H (1995): *The analysis of hysteria. Understanding conversion and dissociation* (2nd ed.). London: Gaskell
- Midanik LT (1989): Perspectives on the validity of self-reported alcohol use. *Br J Addiction* 84:1419-1423
- Miller WR, Rollnick S (1991): *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press
- Morgan S (1998): The assessment and management of risk. In: Brooker C, Pepper J (eds.): *Serious mental health problems in the community: Policy, practice, and research*. London: Bailliere Tindall, pp. 263-290
- Moyer A, Levine EG (1998): Clarification of the conceptualization and measurement of denial in psychosocial oncology research. *Ann Behav Med* 20:149-160
- Muskin PR, Feldhammer T, Gelfand JL, Strauss DH (1998): Maladaptive denial of physical illness: A useful "new diagnosis". *Int J Psychiatry Med* 28:463-477
- Myslobodsky MS (ed.) (1997): *The mythomanias: The nature of deception and self-deception*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates
- Newsome RD, Ditzler T (1993): Assessing alcoholic denial: Further examination of the Denial Rating Scale. *J Nerv Ment Dis* 181:689-694
- Orbach I (1994): Dissociation, physical pain, and suicide: A hypothesis. *Suicide Life Threat Behav* 24:68-79
- Othmer E, Othmer SC (2002): *The clinical interview using DSM-IV-TR. Vol 2. The difficult patient*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- Owensworth TL, McFarland K, Young RM (2002): The investigation of factors underlying deficits in self-awareness and self-regulation. *Brain Inj* 16:291-309
- Paulhus DL (2002): Socially desirable responding: The evolution of a construct. In: Braun HI, Jackson DN, Wiley DE (eds.): *The role and constructs in psychological and educational measurement*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates
- Peretti-Watel P (2003): Neutralization theory and the denial of risk: Some evidence from cannabis use among French adolescents. *Br J Sociology* 54:21-42
- Perlini AH, Spanos NP, Jones B (1996): Hypnotic negative hallucinations: A review of subjective, behavioral, and physiological methods. In: Kunzendorf RG, Spanos NP (eds.): *Hypnosis and imagination. Imagery and human development series*. Amityville (NY): Baywood Publishing, pp. 199-221
- Phillips KA (2004): Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res* 38:63-72
- Phillips KA, Kim JM, Hudson JI (1995): Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders: Obsessions or delusions? *Psychiatr Clin North Am* 18:317-334
- Pilowsky I (1993): Abnormal illness behavior [letter]. *Am J Psychiatry* 150:531

- Prochaska JO, DiClemente CC (1992): Stages of change in the modification of problem behaviors. Newbury Park (CA): Sage
- Regan PC, Snyder M, Kassin SM (1995): Unrealistic optimism: Self-enhancement or person-positivity? *Pers Soc Psychol Bull* 21:1073-1082
- Rinn W, Desai N, Rosenblatt H, Gastfriend DR (2002): Addiction denial and cognitive dysfunction: A preliminary investigation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 14 :52-57
- Rollnick S, Allison J (2001): Motivational interviewing. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T (eds.): *International handbook of alcohol dependence and problems*. New York: John Wiley, pp. 593-603
- Ross DM, Peteet JR, Medeiros C, Walsh-Burke K, Rieker P (1992): Difference between nurses' and physicians' approach to denial in oncology. *Cancer Nurs* 15:422-428
- Ryan RM, Deci EL (2000): Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *Am Psychol*. 55:68-78
- Sacerdoti G, Semi AA (1989): Denial and Weltanschauung. In: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.): *Denial: A clarification of concepts and research*. New York: Plenum Press, pp. 61-70
- Sadock BJ (2000): Signs and symptoms in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.): *Kaplan und Sadock's comprehensive textbook of psychiatry -7th ed.* Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, pp. 677-689
- Salander P, Windahl G (1999): Does "denial" really cover our everyday experiences in clinical oncology? A critical view from a psychoanalytic perspective on the use of "denial". *Br J Med Psychol* 72:267-279
- Saunders B, Wilkinson C, Towers T (1996): Motivation and addictive behaviors: Theoretical perspectives. In: Rotgers F, Keller DS, Morgenstern J (eds.): *Treating substance abuse: Theory and technique*. New York: Guilford Press, pp. 241-265
- Scafidi FA, Field T, Prodromidis M, Abrams S M (1999): Association of fake-good MMPI-2 profiles with low Beck Depression Inventory scores. *Adolescence* 34 :61-68
- Schacter DL (1990) : Toward a cognitive neuropsychology of awareness: Implicit knowledge and anosognosia. *J Clin Exp Neuropsychol* 12:155-178
- Schneider SL (2001): In search of realistic optimism. Meaning, knowledge, and warm fuzziness. *Am Psychol* 56:250-263
- Shaffer HJ, Simoneau G (2001): Reducing resistance and denial by exercising ambivalence during the treatment of addiction. *J Subst Abuse Treat* 20:99-105
- Shalev RS (1989): Anosognosia: The neurological correlate of denial of illness. In: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.): *Denial: A clarification of concepts and research*. New York: Plenum Press, pp. 119-124
- Shanan J (1989): The place of denial in adult development. In: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.): *Denial: A clarification of concepts and research*. New York: Plenum Press, pp. 107-118
- Shedler J, Mayman M, Manis M (1993): The illusion of mental health. *Am Psychol* 48:1117-1131
- Shelp EE, Perl M (1985): Denial in clinical medicine: A re-examination of the concept and its significance. *Arch Intern Med* 145:697 -699
- Shepperd JA, Carroll P, Grace J, Terry M (2002): Exploring the cause of comparative optimism. *Psychol Bellica* 42:65-98
- Sierra M, Berrios GE (1998): Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry* 44:898-908
- Simpson CA, Tucker JA (2002): Temporal sequencing of alcohol-related problems, problem recognition, and help-seeking episodes. *Addic Behav* 27:659-674
- Spence DP (1983): The paradox of denial. In: Breznitz S (ed.): *The denial of stress*. New York: Intern. Universities Press, pp. 103-124
- Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Robinson RG (1993): Denial of illness scale: A reliability and validity study. *Neuropsychiatr Neuropsychol Behav Neurol* 6:93-97
- Strauss DH, Spitzer RL, Muskin PR (1990): Maladaptive denial of physical illness: A proposal for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 147:1168-1172
- Sykes G, Matza D (1957): Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *Am Soc Rev* 22:664-670
- Taleff MJ (1994): The well-deserved death of denial. *Behav Health Management* 14(3):51-52
- Taleff MJ (1997): The death of denial-revisited. *Behav Health Management* 17(1):35-36
- Trivers R (2000): The elements of a scientific theory of self-deception. *Ann N Y Acad Sci* 907:114-131
- Twerski AJ (1997): Addictive thinking: Understanding self-deception. Center City (MN): Hazelden Foundation
- Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M (2003): Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and type S. *J Pers Disord* 17:263-268
- Vandereycken W (1993): Naughty girls and angry doctors: Eating disorder patients and their therapists. *Int Rev Psychiatry* 5:13-18
- Vandereycken W, Meermann R (1996): Chronisches Krankheitsverhalten und Non-Compliance. In: Meermann R, Vandereycken W (Hrsg.): *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer, S. 9-22
- Vandereycken W, Vanderlinden J (1983): Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *Int J Eat Disord* 2:101-107
- Van der Kolk BA, Saporta J (1991): The biological response to psychic trauma: Mechanisms and treatment of intrusion and numbing. *Anx Res* 4:199-212
- Vos MS, de Haes JC (2007) : Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-Oncology* 16:12-25
- Wagstaff GF, Toner S, Cole J (2002): Is response expectancy sufficient to account for hypnotic negative hallucinations? *Contemp Hypnosis* 19:133-138
- Wallace J (1995): Working with the preferred defense structure of the recovering alcoholic. In: Levin JD, Weiss RH (eds.): *The dynamics and treatment of alcoholism: Essential papers*. Northvale (NJ): Jason Aronson, pp. 222-231
- Walitzer KS, Dermen KH, Connors GJ (1999): Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behav Modif* 23:129-151
- Wegner DM (2002): *The illusion of conscious will*. Cambridge (MA): MIT Press
- Weinstein EA (1991): Anosognosia and denial of illness. In: Prigatano GP, Schacter DL (eds.): *Awareness of deficit after brain injury: Clinical and theoretical issues*. New York: Oxford University Press, pp. 240-257
- Weinstein EA, Friedland RP (eds.) (1977): *Hemi-inattention and hemisphere specialization*. New York: Raven Press
- Weinstein EA, Kahn RL (1955): Denial of illness: Symbolic and physiological aspects. Springfield (IL): Charles C. Thomas
- Weinstein ND, Klein WM (1996): Unrealistic optimism: Present and future. *J Soc Clin Psychol* 15 :1-8
- Weisman AD (1972): *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*. New York: Behavioral Publications
- Weisman AD (1989): Denial, coping, and cancer. In: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.): *Denial: A clarification of concepts and research* New York: Plenum Press, pp. 252-259
- Werblowsky RSZ (1983): Denial and religion. In: Breznitz S (ed.): *The denial of stress*. New York: International Universities Press, pp. 213-222
- Wheeler S, Lord L (1999): Denial: A conceptual analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 13:311-320
- White R, Bebbington P, Pearson J, Johnson S, Ellis D (2000): The social context of insight in schizophrenia. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 35:500-507
- Wilkins S (2001): Women with osteoporosis: Strategies for managing aging and chronic illness. *J Women Aging* 13:59-77
- Wurmser L (1989): Blinding the eye of the mind: Denial, impulsive action, and split identity. In: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM (eds.): *Denial: A clarification of concepts and research*. New York: Plenum Press, pp. 175-201

Kontakt: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Meermann
Bombergallee 11 • 31812 Bad Pyrmont