

Neurol Rehabil 2008; 14 (1): 3–11

Das Narrative in der Neurorehabilitation

P. Frommelt, H. Grötzbach

Abteilung für Neurologische und Neuropsychologische Rehabilitation, Asklepios Klinik Schaufling

Zusammenfassung

Das subjektive Erleben von Patienten ist über ihre Erzählungen zu entschlüsseln. In ihren Erzählungen versuchen Patienten, einen Sinn in das von ihnen Erlebte zu bringen. Der narrative Zugang reflektiert die in diesen Erzählungen enthaltenen Ängste, Zweifel und Hoffnungen. In den Erzählungen findet man eine Reihe von Strukturmerkmalen. Dazu gehören Temporalität, Singularität, Kontextualisierung sowie Intersubjektivität. Die Berücksichtigung der Patientenperspektive in ihren Erzählungen bedeutet keinen Gegensatz zu einer evidenz-basierten Medizin. Vielmehr sind beide Ansätze komplementär. Für die Neurorehabilitation bedeutet der narrative Ansatz, dass das biomedizinische Modell durch einen Zugang zum subjektiven und sozialen Kontext ergänzt wird. Die Erzählungen der Patienten implizieren häufig die Rehabilitationsziele. Der narrative Zugang spielt eine wichtige Rolle bei der Rekonstruktion des Selbst nach einer Hirnverletzung. Die Entwicklung eines neuen Selbst kann als ein narrativer Akt verstanden werden.

Schlüsselwörter: Narrativität, Neurorehabilitation, Zielsetzungsprozess, Rekonstruktion des Selbst

The Narrative in Neurorehabilitation

P. Frommelt, H. Grötzbach

Abstract

Patients' subjective experience can be recognized by listening to their stories. In these narrations patients induce meaning into their experiences. The narrative approach reflects anxiety, doubts, and hopes. Analysing the patients' stories some structural key elements can be identified: temporality, singularity, contextuality, and the subjectivity. The narrative medicine can not be regarded as opposite to evidence based medicine. Both can be regarded as complementary. The narrative neurorehabilitation supports a biopsychosocial model of rehabilitation. In the narrative the patients' goals are embedded. Furthermore, the reconstruction of the self after brain injury can be considered as a narrative act.

Key words: narratives, neurorehabilitation, goal setting, reconstruction of self

© Hippocampus Verlag 2008

Einleitung

Täglich begegnen uns Geschichten im medizinischen Alltag: als Krankengeschichten, als Geschichten über Patienten oder als Geschichten aus den Organisationen, in denen wir tätig sind. Die Schriftstellerin *Susan Sontag* [49] schreibt, dass jeder zwei Staatsbürgerschaften besitze, eine im Reich der Gesunden und eine im Reich der Kranken. Beide Welten haben eigene Sprachen und Erzählungen. Dabei spiegeln die Erzählungen den unterschiedlichen Kontext von Kranken und deren Helfern wider. »Krankheiten sind abgesehen von ihrer biologischen Existenz gesellschaftlich konstruierte Ereignisse, die durch Gespräche und hier vor allem durch die Erzählung [...] wiedergeben und weitergegeben werden« [17].

Während das Kranksein von den Betroffenen in der Sphäre des Privaten, Intimen erlebt und reflektiert wird, lösen die professionellen Helfer die Krankheit aus dem persönlichen Hintergrund und stellen sie in einen öffentlichen Zu-

sammenhang. Die Krankheit des Einzelnen ist Teil eines öffentlichen Diagnosekataloges, die Krankheit wird zum Deskriptor von Personen. Eine szenische Umsetzung des Wandels vom Individuum zum Fall sind die Umkleiderituale in Kliniken. Es beginnt eine neue Geschichte, die mehr von dem Gesundheitsbetrieb als von den Patienten geschrieben wird. Viele Patienten beklagen, dass man ihnen nicht wirklich zuhört, dass sie sich in ihrem Leiden und in ihrer Unsicherheit allein gelassen fühlen, auch wenn ihnen Diagnosen und Befunde mitgeteilt würden. Schon vor 60 Jahren hat *Viktor von Weizsäcker* den Verlust des Gesprächs mit Erkrankten beklagt: »Im Krankensaal der Klinik gibt es ferner kein ordentliches Gespräch mit dem Kranken; die Kurve regiert die Stunde. Im Gespräch steckt aber das Subjekt, die Seele der Sache« ([54], S. 7).

Genau dies ist die Aufgabe der narrativen Medizin: das Subjektive zur Sprache zu bringen. Bei vielen Ärzten und anderen Fachkräften besteht ein Bedürfnis, einen Zugang zu dem Subjektiven ihrer Patienten zu finden. Damit ist das Interesse

verknüpft, die eigenen subjektiven Erlebnisse und Erfahrungen in der Behandlung der Kranken, die subjektiven »Nebenwirkungen« der eigenen Arbeit, zu reflektieren. Der narrative Ansatz hat das Ziel, dem Erzählten, dem Subjektiven einen Raum in der Medizin und Rehabilitation zu geben.

Die Geschichten können fragmentarisch, widersprüchlich, übertrieben oder rätselhaft sein. Viele Geschichten folgen nicht chronologischen oder kausalen Ketten, wie es in der Anamneseerhebung gelehrt wird. Sie enthalten in einer für den Zuhörer verwirrenden Folge Erfahrungen, Fragen und Gefühle. Geschichten der Patienten können, wie in der Literatur, verschiedenen Genres folgen. Eine allgemeingültige Definition des Narrativen gibt es nicht, da das Narrative stets in einen Kontext eingebunden ist. Krankengeschichten, die Ärzte schreiben, stehen im Kontext der Suche nach einer Diagnose, nach Kausalzusammenhängen. Die Erzählungen von Patienten selbst sind Ausdruck von Erfahrungen, sie sind Teile einer Lebensgeschichte und beziehen sich oft auf diese »große Geschichte des Selbst«.

Gemeinsam ist den Erzählungen vom und über den Patienten, dass sie Konstruktionen sind. Erzählungen sind nicht Abbilder der Wirklichkeit, sondern gestaltete Erfahrungen, sie enthalten kulturelle und soziale Verweise.

Den subjektiven Geschichten der Patienten stehen die Geschichten der professionell Tätigen gegenüber (»grand narratives«). Die Erzählungen der Professionellen sind anders aufgebaut. Sie konstruieren häufig eine Distanz zu den Patienten und anderen Mitarbeitern, beispielsweise wenn Erzählungen verbreitet werden, in denen man sich über Dritte lustig macht [43].

Erzählungen sind im Gegensatz zu Tatsachenberichten stark durch das Gegenüber geformt. Je nach Situation werden Geschichten angepasst. Ein Patient spürt, ob die eigenen Vermutungen zur Krankheitsentstehung den Arzt interessieren. Er wird seine Erzählung danach richten.

Die narrative Medizin beschränkt sich nicht auf die Patienten, sondern will auch den Professionellen in der Medizin die Fähigkeit vermitteln, den medizinischen Alltag besser zu reflektieren sowie eine neue Balance zwischen Nähe und Distanz zu den eigenen Erlebnissen zu finden. *Rita Charon*, eine Internistin und zugleich ausgebildete Anglizistin, hat an der Columbia-University in New York Curricula für die narrative Medizin eingerichtet [10]. Zur Weiterbildung gehören ein Training narrativer Kompetenz durch Lesen literarischer Texte, durch Erzählen und Aufschreiben von Erlebnissen und Gedanken im Zusammenhang mit der Arbeit sowie die Analyse von Gesprächen mit Patienten.

Es geht dem narrativen Ansatz auch um einen Kontrapunkt gegenüber den grandiosen Geschichten von wissenschaftlichen Fortschritten. Das Ziel besteht darin, den Erzählungen, in denen von den alltäglichen Ängsten, Zweifeln und Hoffnungen kranker Menschen die Rede ist, einen Raum zu geben. *Richard Horton*, der Herausgeber des »Lancet«, schreibt: »Es gibt einen Schismus in der medizinischen Praxis, der den Kern der augenblicklichen Herausforderung an die Medizin darstellt. Die Lösung besteht darin, Ärzte und Patienten durch eine Brücke gemeinsamen Verstehens zu

Einschub 1:

Frau B. 49 Jahre alt, drei Kinder, verheiratet. Im Reinigungsdienst tätig. Eigentlich, so erzählte die Patientin, habe sie schon sehr lange starke Rückenschmerzen gehabt, sie sei zu verschiedenen Ärzten gegangen, man habe ihr verschiedene Diagnosen gesagt, ein Arzt habe von einer Fibromyalgie gesprochen. Sie könne nicht sagen, bei wie vielen Ärzten sie schon gewesen sei. Niemand habe ihr helfen können. Bei einer Begutachtung habe ein Arzt empfohlen, eine Kernspinaufnahme des Rückens zu machen. Dabei habe man eine Syringomyelie von der Halswirbelsäule bis zur Brustwirbelsäule festgestellt. Sie sei einerseits froh, dass sie jetzt wisse, wo die Beschwerden herkämen. Andererseits sei sie bedrückt, dass sie eine so schlimme Erkrankung habe.

verbinden und das Wissen über die Krankheiten miteinander zu teilen« ([29], S. 58). *Lucius-Hoene et al.* [38] nennen das Narrative eine Bedeutungsbrücke, über die das, was für den Patienten sinnhaft und relevant ist, mit dem Fachwissen und der Einstellung des Arztes zu einem gemeinsamen Weg verbunden wird. Die narrative Brücke verbindet die Stimme der Medizin mit der Stimme der Lebenswelt.

Die Fähigkeit, sich auf Erzählungen und subjektive Vorstellungen von Patienten einzulassen oder sich in die Perspektive der Erzähler zu versetzen, ist für alle Beteiligten von Vorteil. Für den Patienten, indem er sich angehört und verstanden fühlt, was keineswegs selbstverständlich ist. Für den Arzt oder die Fachkraft, indem die Aufklärung erleichtert, die Compliance verbessert und eine Vertrauensbindung vertieft wird. Fühlen sich Patienten nicht angehört, unzureichend informiert oder nicht ernst genommen, steigt die Wahrscheinlichkeit für den Vorwurf eines Behandlungsfehlers: »Basale Kommunikationsstörungen treiben die Maschinerie der Schadensersatzprozesse an« [35].

Es gibt im medizinischen Alltag eine Reihe unterschiedlicher Genres von Geschichten [38]:

- **Geschichten des Patienten:** Sie sind nicht immer ausgeformt und in einer für den Zuhörer geordneten Form, sondern sie folgen der inneren Logik der Erzähler oder sind schon für den zuhörenden Experten präpariert. Den Unterschied zwischen einer Geschichte über und von dem Patienten sieht man leicht an der Bedeutung von Daten und Zeiten. Die erlebte Zeit des Patienten ist eine andere als die an Monaten und Jahren festgemachte Zeit des Arztes. Die Zeit in den Erzählungen der Patienten ist empfundene Zeit, die in der Krankengeschichte des Arztes ist die kalendarische Zeit.

- **Geschichten der Fachkräfte:** Soziale und ethische Regeln des professionellen Handelns werden zum großen Teil gegenseitig in Erzählungen vermittelt, wie *Lachmann* (in diesem Heft) zeigt. In wenig formell organisierten Treffen, z. B. auf dem Flur oder beim Kaffee, werden oft mehr Erfahrungen ausgetauscht als in formellen Übergabe- oder Teambesprechungen.

Daneben gibt es in allen Institutionen und innerhalb von Berufsgruppen sogenannte große Erzählungen. Dies sind einmal die in den Peer-Gruppen tradierten Geschichten. Sie enthalten Stereotype, z. B. über andere Berufsgruppen oder über »gute« und »schwierige« Patienten [43]. Ein Zuviel an Mitteilungen wird als »logorrhoeisch« oder weitschweifig disqualifiziert,

ein Zuwenig kann zur Charakterisierung eines Patienten als »einfach strukturiert« führen. Eine andere Form der professionellen großen Erzählungen in den neurologischen Fächern ist die Heroisierung des Gehirns und damit all derjenigen, die sich an seiner Erforschung beteiligen.

- **Geschichten der Experten über die Geschichten der Patienten:** Die übliche Dokumentation von Krankengeschichten lässt von der lebendigen Erzählung nicht viel übrig. Dies zeigt sich dann deutlich, wenn die Fachkräfte neben der üblichen medizinischen Dokumentation ihre eigenen Wahrnehmungen von Patienten und den Situationen, die sie erlebten, aufzeichnen [11]. Der Gewinn für die Fachkräfte liegt darin, dass sie sich bewusst werden, wie viel an emotionalen und sozialen Informationen in der üblichen Dokumentation verloren geht.
- **Geschichten des Scheiterns:** Zu den schwierigsten Aufgaben in der Medizin gehört es, mit den Patienten über Scheitern, Versagen oder Nicht-Wissen zu sprechen. Es gibt viele Erzählmuster, die Erfolge und Hoffnungen vermitteln. Es gibt jedoch wenige, um Scheitern zuzugeben [20, 34]. Wie eine Reihe von Studien zeigen, möchten die Patienten wahre Erzählungen hören, allerdings in einer einfachen und rücksichtsvollen Sprache. Narrative Kompetenz umfasst das Mitteilen und Zuhören-Können. Die Basis ist das Zuhören. Bedenklich ist, dass Patienten ihre Geschichten im Mittel lediglich 30 Sekunden lang erzählen dürfen, wobei sie im Durchschnitt nach nur 18 Sekunden unterbrochen werden [26].

Ein narratives Verständnis erfordert vom Zuhörer zunächst nichts anderes als vom Leser eines Buches: Er muss sich auf den Text oder die Szene einlassen. Dabei ist es nützlich, einige Konstruktionselemente von Erzählungen zu kennen. Erzählungen ordnen disparate Elemente zeitlich und inhaltlich. Wie man narratologische Methoden der Literaturwissenschaft für die Analyse von Patientenerzählungen nutzen kann, zeigt die Arbeit von *Jesch* in diesem Heft. Die Strukturmerkmale des Narrativen in der Medizin lassen sich vereinfacht in der folgenden Gliederung darstellen [11]:

- **Temporalität:** In allen Geschichten spielt die Zeit eine Rolle. Nicht nur, da sie sich einer Zeit zuordnen lassen, sondern auch, da die Zeit der Faden ist, der sich, wie verwickelt auch immer, durch die Geschichten zieht. Für den Arzt, der eine Anamnese chronologisch erheben will, sind die subjektiven Zeitachsen oft verwirrend. Der vom Arzt rezipierte Krankheitsverlauf ist das Bemühen, einen Fahrplan der Erkrankung zu rekonstruieren. Die kalendarischen Daten (»Wann? Welches Jahr?«) sind für Patienten im Gegensatz zum Arzt von untergeordneter Bedeutung. Einige Autoren unterscheiden die biologische Zeitachse, wie sie in den medizinischen Berichten wiedergegeben wird, von der subjektiven oder inneren Zeit. Wie lang diese innere Zeit werden kann, erzählen Patienten, bei denen ein Tumor-

verdacht geäußert wurde und die auf das Ergebnis einer Biopsie warten. Auch bei der Patientin, bei der die Diagnose einer Syringomyelie gestellt wurde, war die Zeit in ihrem Erleben eine verlorene Zeit (Einschub 1). Im subjektiven Erleben der Patientin sind alle Symptome auf die Syringomyelie zurückzuführen. Ihre innere Zeit ist keine chronologische, sondern sie ist mit Bewertungen und Emotionen verknüpft.

Die innere Zeit wird von *Hurwitz* so charakterisiert: »Eine Erkrankung unterbricht den subjektiven Fluss der Zeit. Die Erzählungen reflektieren dies in ihrer zeitlichen Organisation, indem sie Zeiten dehnen, komprimieren oder zeitliche Lücken füllen. Die verzerrenden, unterbrechenden und fragmentierenden Auswirkungen von Krankheiten auf die innere Zeit werden selten in klinischen Fallgeschichten beschrieben, eben aus dem Grund, weil den klinischen Berichten die innere Perspektive des leidenden Subjekts fehlt« ([31], S. 424). Geschichten in der klinischen Praxis benötigen Zeit. Patientengeschichten sind keine Kurzgeschichten, Zuhören und Sprechen lassen sich schlecht in ein Prokrustes-Bett von Terminplanungen oder Behandlungspfaden einfügen. *Shapiro* [47] zeigt jedoch, dass in einer Arztpraxis eine längere Konsultationszeit dazu führt, dass Patienten das Gefühl haben, mit ihrer Erkrankung besser fertig zu werden und die Zukunft positiver sehen.

- **Singularität und Konstruktivität:** In der medizinischen Sichtweise überwiegen bei Krankheiten die Gemeinsamkeiten, sie sind die Grundlage der Klassifikation von Diagnosen. Kranke Menschen aber sind einmalig und ihre Geschichten sind individuelle Konstruktionen. Ein Kranksein wird erst durch eine Erzählung zur Erfahrung. Das Erzählte ist somit nicht eine Wiedergabe von Erfahrenem, sondern formt, man kann auch sagen konstituiert, die Erfahrung. Wie wir Geschichten erzählen, hängt von unserem Gegenüber ab. Der Kranke, der die skeptische Miene des Arztes registriert, wird seine Erzählung des Schmerzes so zu gestalten versuchen, dass sie den Arzt überzeugt. Die Erzählungen der Patienten enthalten viele Begriffe, die eine individuelle, subjektive Semantik besitzen. Der Schmerz, der Schwindel, die Benommenheit, die Müdigkeit, sie alle gehören in das subjektive Vokabular, dessen Bedeutung sich erst aus dem Zusammenhang einer Erzählung ergibt. Der Verlust der Singularität wird häufig beklagt, und zwar mit der treffenden Metapher, man fühle sich als Patient wie eine Nummer. Der narrative Zugang unterscheidet sich vom medizinisch-industriellen Umgang darin, dass sowohl der Patient als auch der Professionelle sich der Singularität ihrer Begegnung bewusst sind. In der Industrie herrscht der Standard. Daher sind auch Versuche, durch klinische Behandlungspfade das Singuläre abzuschaffen, einer kritischen Betrachtung zu unterziehen.
- **Bedeutung und Kontextualisierung:** Eine Funktion von medizinischen Erzählungen besteht darin, Ereignisse und Erlebnisse in einen Zusammenhang zu bringen. Erzählungen weisen Dingen und Erlebnissen eine Bedeu-

tung zu. Diese Bedeutsamkeit verweist auf etwas hinter den Erzählungen Stehendes. Viele Erzählungen kranker Menschen verweisen auf den Versuch, ihr Selbst vor der Krankheit zu bewahren oder ein neues Selbst zu finden. Erzählungen der Professionellen verweisen oft auf die hinter äußerlicher Souveränität verborgene Angst vor Fehlern oder vor emotionaler Überflutung. Ein Beispiel für die unterschiedliche Kontextualisierung von Symptomen stellt die Vergesslichkeit im Alter dar. Häufig schildern Angehörige, ihr Familienmitglied sei in letzter Zeit ziemlich vergesslich geworden, und fügen dann hinzu, dass man das ja in dem Alter sein dürfe. Die Vergesslichkeit erhält also die Bedeutung einer normalen Alterserscheinung. Der Kontext, in dem die Vergesslichkeit mit der Sichtweise des Neurologen betrachtet wird, ist die diagnostische Landkarte. Beide, Laien und Fachkräfte, verwenden Landkarten, nur nicht immer die gleichen. Am Beispiel der Frühdiagnose der Alzheimer-Krankheit gibt es inzwischen Stimmen aus der medizinischen Demenzforschung selbst, die in Zweifel ziehen, ob die medizinische Landkarte zu Recht das Monopol für die Veränderungen im Alter beanspruche [55]. »Dieses Jahr, der 100. Jahrestag der ersten Veröffentlichung eines Falles einer Alzheimer-Krankheit, bietet die Gelegenheit, tiefer über das Eponym nachzudenken. Es gibt uns Gelegenheit, uns reichere Erzählungen des Alterns und des Gehirns vorzustellen, anstelle nach magischen Pillen und nach neurologischer Unsterblichkeit zu suchen« ([55], S. 205).

Ein umgekehrtes Beispiel für eine Verortung von der subjektiven auf die medizinische Landkarte ist die Geschichte der Fibromyalgie. Die Diagnose der Fibromyalgie kann als ein Versuch verstanden werden, subjektives Leiden in einen biomedizinischen Kontext zu stellen. Die Erzählungen der Betroffenen folgen häufig einem ähnlichen Skript: Lange habe niemand feststellen können, woher die Schmerzen kämen, bis endlich ein Arzt die Diagnose Fibromyalgie gestellt habe. Niemand habe die Beschwerden vorher ernst genommen. Mit der Stellung der Diagnose »Fibromyalgie« erleben die Patienten, dass ihre Schmerzen in einen Bedeutungszusammenhang gestellt werden. Der Titel der gemeinsam mit Ärzten verfassten neuen Erzählung lautet »Fibromyalgie«. Damit ist die Tendenz verbunden, auf die Dauer eine Identität als Kranker anzunehmen [3]. Warlow [53] beklagte, dass es in der täglichen neurologischen Klinik unzählig viele Patienten mit Beschwerden und Krankheitsgeschichten gebe, für die keine neurologische Erklärung existiere. Selbst eine Erhöhung der Zahl der Psychiater würde nicht ausreichen, um für jeden Patienten eine zufriedenstellende Erklärung zu finden. Es wäre den Patienten jedoch schon viel geholfen, wenn ihre Erzählungen denselben Respekt und ihre Person die gleiche Wertschätzung erhielten, wie diejenigen, die in den biomedizinischen Narrativen der Professionellen eine Resonanz fänden. In der klinischen Praxis sind die meisten Geschichten gemischter Art. Um

es mit einem Begriff von *Baltes* [2] zu formulieren: Sie sind bio-kulturelle Co-Konstruktionen. Auch die Erzählung einer jungen Patientin mit einer Multiplen Sklerose, die von den Ereignissen um die letzten Schübe berichtet, enthält nicht nur die subjektiven Korrelate der Demyelinisierungsherde, sondern auch Elemente des privaten Lebens, der Empfindungen und Hoffnungen. Die medizinische Dokumentation wird davon allein die Anzahl der Schübe notieren. Der narrativ interessierte Arzt wird seine Aufmerksamkeit jedoch auf den Kontext und die Bedeutung der Schübe richten.

■ **Intersubjektivität:** Wir verwenden den Begriff der »Mitteilung«, der ein miteinander Teilen einer Information bedeutet. Genauer betrachtet enthält eine Erzählung eine Reihe von Texten und Subtexten, deren Oberfläche das gesprochene oder geschriebene Wort ist. Die Theorie der narrativen Transparenz geht von der These aus, dass verschiedene Zuhörer Texte ganz unterschiedlich verstehen. *Fiske* [21] spricht von der »Polysemie«, der Vielfachbedeutung von Texten. Ein sehr einfaches Beispiel aus dem Alltag: Wenn ein Patient den Arzt fragt, ob er ihn kurz einmal sprechen könne, so steht dahinter oft ein ernstes Problem, das den Patienten bewegt. Der Subtext könnte etwa lauten: »Mir geht es nicht gut, bitte nehmen Sie sich Zeit für mich.« Mit dem Adverb »kurz« signalisiert der Patient, dass er auf die Zeitnot des Arztes Rücksicht nehmen möchte. Der Subtext sagt: »Ich bin kein fordernder, sondern ein braver Patient, der sich nicht aufdrängen will«. Diskursanalysen von medizinischen Gesprächen zeigen, dass Patienten und Angehörige ihre Anliegen oft nur in indirekter Weise vorbringen, dass die Zeiten und Ebenen in den Erzählungen ständig verschoben werden und dass gerade das, was nicht gesagt wird, wichtige Hinweise für das Verständnis des Textes enthält [6]. Die Berichte von Patienten über ihre Welten sind in der Tat außerordentlich komplexe sprachliche Ereignisse [25]. Die meisten Erzählungen in der Klinik sind keine freien Monologe eines Sprechers, sondern sind sprunghaft, unzusammenhängend, widersprüchlich und voller ausgesprochener und unausgesprochener Hinweise.

Die Beziehung zum Patienten kann als »ein komplexer Text, den Arzt und Patient teilen, verstanden werden, ein Text, der Wörter, Schweigen, körperliche Befunde und Messungen von Körpersubstanzen enthält« [10, 11]. Die Komplexität der Beziehung und die Missverständnisse hinsichtlich der Texte, die zwischen Arzt und Patient ausgetauscht werden, machen es verständlich, dass der Austausch häufig nur unzureichend gelingt. Der narrative Ansatz und die Psychotherapie haben gemeinsam, dass sie den Erzählungen der Patienten einen großen Raum geben. Zuhören und Verstehen sind grundsätzlich therapeutisch wirksame Methoden [51].

■ **Narrativität ist nicht nur verbal:** Es wäre verkürzt betrachtet, wollte man das Narrative nur auf den verbalen Austausch beschränkt sehen. Wie in einem Film das Drehbuch nicht den Film selbst ersetzen kann, so

wäre es ein Verlust, wenn man im Narrativen die Bilder, die Szenen außer Acht lassen wollte. Erzählungen ist zu Eigen, dass sie Bilder im Kopf des Zuhörers hervorruhen. Die Narrativität von Bildern ergibt sich aus dem Bedeutungszusammenhang. Das Krankenhaus, auch die Rehaklinik, ist fremdes Land für den Patienten, er kann kaum einen Bedeutungszusammenhang zwischen seinem Leiden und dem Geschehen um ihn erkennen. Der renommierte Anthropologe *Murphy*, bei dem ein Rückenmarkstumor zu einer Tetraplegie geführt hatte, schrieb, er finde, dass die medizinische Welt für ihn nicht weniger fremd gewesen sei als der Dschungel, in dem er Forschungen durchgeführt habe [44]. Auch in der Rehabilitation bleibt den Rehabilitanden der Zusammenhang zwischen den therapeutischen Inszenierungen und den eigenen Zielen oft verschlossen. Narrative Szenen findet man auch in Rehabilitationskliniken überall. Dazu gehören die verschiedenen Variationen des Wartens. Dass Patienten warten, ist sicher oft durch unvorhersehbare Umstände zu erklären. Dennoch ist Wartenlassen auch eine Geschichte, in der sich Macht abbildet.

Mattingly [40] sprach von »performed narratives«, dargestellten Erzählungen. Sie meint damit kleine heilende Szenen im Krankenhaus, das freundliche Wort der Reinigungskraft, das sie in der Frühe an die Kranke richtet, die Visite, bei der sich der Arzt neben die Kranke auf das Bett setzt und sie am Unterarm berührt. Die großen Heilungsrituale, wie wir sie aus anthropologischen Berichten kennen, finden wir im modernen Medizinbetrieb nicht mehr. Vielmehr haben wir es mit kurzen klinischen Szenen der Heilens und des Scheiterns zu tun. In der von *Ben-Yishay* [7] und *Christensen* [12, 13] begründeten Richtung der holistischen neuropsychologischen Rehabilitation werden Rituale und narrative Inszenierungen genutzt. Dazu gehört eine feierliche Abschlussveranstaltung unter Beteiligung der Familien und Klinikmitarbeiter. Die Rehabilitanden halten Reden, in denen sie ihre Person, ihre Entwicklung nach dem Unfall und ihre Zukunftsperspektiven vortragen. Die rhetorische Kraft ist oft beeindruckend und selbst professionelle Zuhörer sind emotional berührt. Das Besondere dieser Zeremonie liegt mit den Worten von *Frank* [22] darin, dass die Redner sich nicht als Überlebende oder Opfer, sondern als eine Art Zeitzeugen ihrer selbst präsentieren. Das öffentliche Erzählen hilft den Betroffenen, das beschädigte Selbst durch eine selbstsymbolisierende Handlung [5] zu stärken.

Narrative und evidenzbasierte Medizin

Es stellt sich die Frage, was ein derart subjektiver Ansatz wie die narrative Medizin neben der evidenzbasierten Medizin zu suchen hat. Immer wieder trifft man auf eine verkürzte Definition der evidenzbasierten Medizin, nach der Entscheidungen nur vom Vorhandensein wissenschaftlicher Belege aus methodisch sehr guten Studien abhängen. Die Gründer der Bewegung der evidenzbasierten Medizin

und die jetzigen Cochrane-Zentren haben jedoch stets drei Grundlagen für medizinische Entscheidungen betont [1]: Zunächst die vorliegenden Ergebnisse wissenschaftlicher Studien, dann die subjektiven Präferenzen der Patienten und als dritte Grundlage die persönliche Erfahrung des Arztes. Die Präferenzen des Patienten zu berücksichtigen bedeutet nichts anderes, als seine Wünsche und Erzählungen genau so wichtig zu nehmen wie den Evidenzgrad in Studien. Narrative und evidenzbasierte Ansätze sind Ergänzungen, keine Gegensätze. Die Analyse der einschlägigen Literatur, die Berücksichtigung von Graden der Evidenz bei medizinischen Entscheidungen ist nur ein Teil des medizinischen Handelns. Die Gefahr besteht, dass man sie über die anderen, »weichen« Seiten der evidenzbasierten Medizin stellt. Die intuitiven, subjektiven, aus persönlicher Erfahrung gespeisten weichen Seiten der evidenzbasierten Medizin sind nicht weniger wertvoll und wichtig als die wissenschaftlichen Erkenntnisse. *Andrew Herxheimer*, ein Protagonist einer umfassenden evidenzbasierten Medizin, hat mit einer Gruppe anderer Autoren ein Projekt entwickelt, in dem die subjektive Erfahrung von Patienten einem Betroffenen, der vor einer Entscheidung steht, zugänglich gemacht wird (*Herxheimer*, in diesem Heft).

Narrative Methoden in der Neurorehabilitation

Es gibt eine Reihe von autobiographischen Erzählungen, in denen Patienten ihre Erfahrungen nach einem Schlaganfall [1, 4], mit einer Multiplen Sklerose [57] oder mit Parkinson [15] berichten. *Lucius-Hoene* [36] hat Autobiographien von Menschen analysiert, die im Zweiten Weltkrieg Hirnverletzungen erlitten. In vielen dieser Erzählungen weisen die Verfasser darauf hin, wie sie ihre Selbstheilungskräfte nutzen konnten. Die professionellen Helfer, besonders die Ärzte, erscheinen dagegen oft in einem nicht besonders glänzenden Licht. Der Nobelpreisträger *Medawar* [41] ging soweit, die Rehabilitation nach seinem Schlaganfall als die schrecklichste Erfahrung in seinem Leben zu bezeichnen. Auch in einem nur als Rede vorliegenden Bericht des Theologen *von Kortzfleisch* [33] über die Zeit nach seinem Schlaganfall werden Ärzte und Therapeuten nicht als Meister des Einfühlungsvermögens dargestellt.

Dass die Entwicklung in der Neurorehabilitation eine deutliche Abwendung von einem biomedizinischen Krankheitsmodell bedeutet, von *Hurwitz* [31] treffend als »Krankheit minus Leiden« bezeichnet, wird man kaum behaupten können. Zumindest im deutschsprachigen Raum sind die großen Tagungen zur Neurorehabilitation durch krankheits-spezifische und biomedizinische Themen dominiert. Hinzu kommt, dass in den Katalogen therapeutischer Leistungen zwar die Psychotherapie repräsentiert ist, nicht jedoch das lange Gespräch mit dem Patienten. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [56] erweitert das biomedizinische Modell um ein soziales und biographisches Modell von Krankheit. Da keine Instrumente mitgeliefert werden, um zum autobiographischen und sozialen Kontext einen ebenso leicht-

ten Zugang wie zum biomedizinischen Bereich zu finden, steht die Umsetzung des Modells in die Praxis noch am Anfang. Der narrative Ansatz kann ein Instrument sein, den Blick auf Erkrankungen durch den lebensgeschichtlichen Zusammenhang und den soziokulturellen Kontext sowie das Leiden zu ergänzen. In literarische Texte, man denke an *Thomas Manns* »Zauberberg«, sind diese Elemente erzählerisch miteinander verknüpft. In dem Roman wird die Krankheit vor den biographischen Hintergründen des Protagonisten und einer speziellen sozialen Kulisse dargestellt. Die Tuberkulosekrankheit wird einerseits als medizinisches Ereignis beschrieben, andererseits wird sie in den vielfältigen subjektiven Widerspiegelungen geschildert. Der Weg von der Krankheit zum Kranken wird wohl nirgendwo besser dargestellt als in solchen literarischen Formen.

Ein anderer Weg, dem Erleben neurologisch erkrankter Personen eine Stimme zu geben, sind narrativ-literarische Krankengeschichten. Hier ist an erster Stelle die Erzählung »Der Mann, dessen Welt in Scherben ging« von *Alexander Lurija* [39] zu nennen. In dieser Erzählung schildert er den Kampf des Soldaten Zasetzky, der im Zweiten Weltkrieg eine Kopfverletzung erlitt, wieder ein neues Selbst aufzubauen. Die Arbeit an diesem und ähnlichen Texten bezeichnete *Lurija* als »romantische Wissenschaft« [39]. *Oliver Sacks* [46] berief sich in seinen romantischen Fallgeschichten auf *Lurija*. Bei *Sacks* lässt sich beobachten, wie aus einer nüchternen neurologischen Fallgeschichte durch Hinzufügen von Kontext und einem Spannungsbogen Erzählungen werden, die sowohl dem Erleben der Kranken gerecht werden als auch die Neugierde der Leser nach neuropsychologischen Erkenntnissen wach halten. Ein Curriculum zu narrativen Methoden in der Neurorehabilitation würde die Lektüre solcher literarischer Texte einschließen.

Narratives und der Zielsetzungsprozess

Der Zielsetzungsprozess ist in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussion um eine patientenzentrierte Rehabilitation gerückt. *Frommelt* und *Grötzbach* (2007) haben das Modell eines top-down-Zielsetzungsprozesses vorgeschlagen, bei dem zunächst mit dem Patienten langfristige, an der Teilhabe an Lebensbereichen orientierte Ziele vereinbart werden. Die übergeordneten Ziele beziehen sich auf die Ebene der Teilhabe in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (ICF) [56]. Davon leiten sich Ziele auf den Ebenen von Aktivitäten und Funktionen ab. Die so recht einfach erscheinende Formulierung von Zielen für die Rehabilitation ist in der Praxis oft schwierig. Dies liegt daran, dass die Zielfrage nicht zum üblichen Diskurs in einer Klinik gehört. Die häufige Antwort auf die Frage, welches Ziel ein Patient in der Behandlung verfolge, lautet »Gesundheit«. Die subjektive Semantik des Begriffs Gesundheit ist oft nicht leicht zu erschließen. Gesundheit ist eine Art liturgischer Topos in der Beziehung zwischen Patient und Arzt, wobei die individuelle Bedeutung häufig gar nicht hinterfragt wird. Für Patienten, die einen eher paternalistischen

Einschub 2: Narrative Zielsetzung

Frau B., 62 Jahre, hatte einen rechtshemisphärischen Hirninfarkt erlitten. Auf die Frage, was ihre Ziele für die Rehabilitation seien, antwortete sie, sie wolle wieder gesund werden. Sie wurde gebeten zu erzählen, was ihr vor dem Schlaganfall im Leben Freude gemacht habe und woran sie sich gerne erinnere. Sie erzählt, dass sie sich große Sorgen um den sechsjährigen Enkel mache, der vor zwei Monaten auf dem Schulweg angefahren worden sei. Vielleicht habe die Aufregung um ihn auch mit ihrem Schlaganfall zu tun. Gott sei Dank habe sich der Bube wieder gut erholt und sei jetzt bei den Eltern zu Hause. Sein großer Wunsch sei, in den Ferien zu ihnen zu Besuch zu kommen, und er habe auch schon gefragt, ob die Oma ihm wieder seine Lieblingsgerichte zubereiten könne. Damit sie das könne, müsse aber ihre linke Hand noch besser werden.

In dieser kurzen Erzählung sind nicht nur die Lebensbereiche benannt, die ihr wichtig sind, sondern auch das Thema für die Ergotherapie.

Stil gewohnt sind, ist es selbstverständlich, dass der Arzt herausfindet, was ihnen fehlt, und dann die Therapieziele daraus ableitet. Der Weg, die persönlichen Lebenslandschaften kennen zu lernen, verläuft über die Erzählung. Die Metapher der Lebenslandschaften bezieht sich auf die autobiographischen Erinnerungen, die als das Selbst definierende Erinnerungen (self-defined memories) bezeichnet werden [48]. Diese Erinnerungen gehören zum autobiographischen Gedächtnis. Sie sind, so *Emmons* [18], emotional intensiv, lebhaft, »sie verbinden die Vergangenheit mit der Gegenwart und bieten eine narrative Kohärenz« ([18], S. 45). Legt man die von *Epstein* [19] vorgeschlagene Zweiteilung von Denkweisen in eine erfahrungsbezogene und eine rationale (»experiential vs. rational«) zugrunde, so richtet sich die explizite Frage nach den Zielen an die rationale, die erzählende an die erfahrungsbezogene Denkweise. Es soll hier nicht der Eindruck erweckt werden, als ob die direkte Frage nach den Lebenszielen unergiebig sei [18]. Vielmehr geht es darum, den heuristischen Wert des narrativen Zugangs zu betonen. Das, was in der sperrigen Sprache der Gesetzgebung Teilhabe an Lebensbereichen genannt wird, ist in vielen erzählerischen Formulierungen enthalten: in der Metapher des Lebenswegs, in den Seefahrtsmetaphern vom Kurs und vom Schiffbruch [8] oder von Lebensträumen und Höllenfahrten.

Es ist bemerkenswert, wie weit sich die Philosophie und jetzt auch die Rechtsgrundlagen der medizinischen Rehabilitation von der Erkrankung weg und dem Leben zugewandt haben. Damit ist eigentlich ein Verbindungspfad von der Medizin zur Literatur oder, weiter gefasst, zu den Kulturwissenschaften vorgezeichnet. Dieser Weg wird jedoch bisher nur von Wenigen begangen.

Narrative Rekonstruktion des Selbst nach einer Hirnverletzung

Auf *Kurt Goldstein* [45] geht der Begriff der Katastrophenreaktion zurück, mit dem die existentielle Erschütterung beschrieben wird, die Patienten mit einer schweren Hirnverletzung erleben. Getroffen sind nicht nur die Funktionen des Organismus, sondern das Selbst der Betroffenen ist beschädigt. »Die katastrophalen Reaktionen sind ungeordnet, wechselnd, widerspruchsvoll, eingebettet in Erscheinungen körperlicher und seelischer Erschütterung. Der Kranke er-

lebt sich in diesen Situationen unfrei, hin und her gerissen, schwankend, er erlebt eine Erschütterung der Welt und der eigenen Person« (S. 24).

Mit den Worten *Franks* »hat das Bewusstsein die Souveränität über seine eigenen Erfahrungen aufgegeben« [22]. In seiner Typologie von Erzählungen »verwundeter Erzähler« findet die Katastrophe in der Chaos-Erzählung ihren Niederschlag. Der Versuch, die Katastrophe zur Sprache zu bringen, ist schon der erste Schritt aus dem chaotischen Erleben. Frank betont, wie wichtig es sei, diese ersten noch chaotischen Erzählungen zuzulassen. »Das Schlimmste, was medizinisches Personal machen kann, ist jemanden in der Chaos-Erzählung zu drängen, sich davon wegzubewegen« (S. 110). Die Chaos-Erzählung wird häufig mit dem Etikett einer Depression aus einer existentiellen Krise in eine umschriebene medizinische Entität umdefiniert, die behandelbar und kontrollierbar ist. Die Katastrophe lässt sich jedoch nicht durch eine Umbenennung domestizieren. Für Personen mit einer Hirnverletzung ist es besonders schwer, »die Welt, die in Scherben ging« [39] wieder aufzubauen, da das Trauma auch die Werkzeuge für den Wiederaufbau beschädigt hat. *Lurija* fasst das Bemühen des Soldaten *Zasetzky* am Ende des Buches so zusammen: »Er versucht weiterhin, das, was unwiederbringlich verloren ist, wieder zu erlangen, um etwas Verständliches aus all den Bruchstücken dessen zu machen, was von seinem Leben übrig bleibt. Er ist zu seiner Geschichte zurückgekehrt, und er arbeitet noch an ihr. Es gibt kein Ende.« Die Metapher der Seefahrt ist geeignet, diese Situation zu beschreiben [8]. Die Erkrankung ist der Schiffbruch. Nach dem Schiffbruch geht es darum, die Fahrt fortzusetzen, einen neuen Kurs einzuschlagen. In einem anderen Zusammenhang haben *Sternberg* und *Spear-Swerling* [50] die Seefahrts-Metapher der »personal Navigation« eingeführt, um den statischen Intelligenzbegriff zu überwinden. Diese ist so definiert: »Die personale Navigation umfasst: Eine Richtung im Leben zu finden, wenn notwendig diese Richtung einzuhalten, und wenn notwendig zu ändern. Sie bedeutet, sich in eine Richtung mit einer Geschwindigkeit zu bewegen, die den Umständen angemessen ist. Sie bedeutet Navigationshilfen zu nutzen, um auf dem angestrebten Kurs zu bleiben. Sie bedeutet Hindernisse zu überwinden, die sich unausweichlich auf jeder Reise in den Weg stellen. Die personale Navigation ist eine Metapher, das, was Menschen benötigen, um die Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen, aufrecht zu erhalten und manchmal wieder zu gewinnen« (S. 221f.).

In der Metapher der Navigation bleibt der Patient der Kapitän, die medizinischen Experten haben die Rolle der Lotsen. *Frank* [22] nennt die Erzählung über die Reise nach dem Schiffbruch die Erzählung des Suchens (»quest narrative«). Das Charakteristikum der Erzählungen des Suchens ist, dass die Betroffenen sich selbst als Kapitäne sehen und nicht als Mitfahrer auf einem Boot, das durch medizinische Experten gesteuert wird. Die Navigation nach dem Schiffbruch ist eine Metapher für die Suche nach einem neuen Selbst oder, im Plural gesprochen, neuen Selbsts.

Die Definition des Selbst ist Thema einer umfangreichen und kontroversen psychologischen und philosophischen Literatur. Wie sehr der Begriff des Selbst im Zusammenhang mit der jeweiligen philosophischen Orientierung steht, zeigt eine Definition aus einem philosophischen Wörterbuch von 1955: Das Selbst ist »der allein in religiöser Erfahrung greifbare Wesenskern oder innere Quell der Person« [28]. Es soll nicht der Versuch gemacht werden, diese Diskussion hier fortzuführen. Vielmehr sollen die Arbeiten herangezogen werden, die für die klinische Arbeit mit hirnerkrankten Menschen eine theoretische Orientierung bieten.

Zunächst stellt sich die Frage, ob wir von einem oder mehreren Selbst sprechen sollten. Basierend auf empirischen Untersuchungen bei hirnerkrankten Personen weisen *Galagher* und *Marcel* [23] die These zurück, dass es ein einheitliches Selbst gebe. Vielmehr gehen sie davon aus, dass es mehrere Selbst gebe, die unterschiedliche Aufgaben erfüllen. Der Zusammenhalt zwischen diesen Selbst werde durch eine Hirnerkrankung zerrissen, die Identität, in der diese unterschiedlichen Selbst wie mit einer Klammer verbunden sind, ist in Frage gestellt.

Eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Identität hat das autobiographische Erzählen. *Lucius-Hoene* und *Depermann* definieren das autobiografische Erzählen so: »Das Erzählen von Selbsterlebtem, das über die Erzählsituation hinaus biografische Bedeutung hat und in dem die erzählende Person etwas für sie Wichtiges im Hinblick auf sich selbst, ihre Erfahrung und ihre Weltsicht ausdrückt [...] Wir praktizieren beim Erzählen eine höchst komplexe Erkenntnisform und vollbringen eine soziale Leistung, in der sich unsere Identität und unser Verhältnis zur Welt vollziehen« ([37], S. 20).

Das Erzählen über sich selbst dient dem Aufbau eines neuen Selbst. Im Austausch mit einem oder mehreren Zuhörern kann das Selbst nach einer Hirnerkrankung rekonstruiert werden. *Jerome Bruner* hat der Bedeutung des Narrativen die entscheidende Rolle bei der Herausbildung des Selbst zugewiesen: »Self-making is a narrative art« [9]. Das Selbst, so *Bruner*, werde ständig konstruiert und rekonstruiert, und dies geschehe über Geschichten, die wir uns selbst über uns erzählen. Ein solcher Prozess der Rekonstruktion des Selbst ist dann schwierig, wenn die Fähigkeit, kohärente Geschichten zu konstruieren, beeinträchtigt ist. Dies ist bei Patienten der Fall, die eine schwere Hirnerkrankung, sei sie traumatischer oder vaskulärer Genese, erlitten haben. *Ruthan Knechel-Johansen* schrieb in ihrem Buch über den Weg ihres Sohnes nach einer sehr schweren Hirnerkrankung: »Es ist absolut notwendig, in irgendeiner Form eine narrative Therapie anzubieten, Möglichkeiten zu schaffen, die Geschichten über die Auswirkungen des Erlebten von so vielen Seiten wie möglich zu erzählen. Jeder in der Familie benötigt sie für den Prozess der Rekonstruktion seines Selbst in der Familie« ([32], S. 185).

Die Frage ist berechtigt, ob in der Neurorehabilitation nicht die kognitiven und sozialen Anforderungen an das Erzählen unterschätzt werden. In der Hierarchie therapeu-

tischer Leistungen stehen bei den Patienten und auch den Professionellen die Therapien, die der Sportmetapher des Trainings folgen, höher im Kurs. In der klinischen Neuropsychologie werden überwiegend modulare Modelle kognitiver Funktion verwendet, in denen man Aufmerksamkeit, Gedächtnis oder exekutive Funktionen als voneinander getrennt trainierbar auffasst. Demgegenüber ist der narrative Ansatz holistisch. Im Erzählen sind die erforderlichen kognitiven Funktionen nicht mehr voneinander trennbar. Erzählend müssen wir die Aufmerksamkeit zwischen dem Zuhörer und dem Plot der Erzählung hin- und herpendeln lassen. Erzählungen benötigen eine Kohärenz, dazu sind exekutive Funktionen erforderlich. Jede Erzählung ist ein sozialer Akt, damit ist die Fähigkeit des Erzählers gefragt, sich in die Rolle des Zuhörers hineinversetzen zu können. Erzählen und Empathie gehören zusammen.

Neurologie der Narrativität

Die Fähigkeit, Geschichten zu erzählen, hat neurologische und soziale Determinanten. Zwei neurologische Aspekte der Narrativität seien herausgegriffen: Zum einen der Zusammenhang von Aphasie und Narrativität und die Konfabulationen.

Die erste Frage ist, ob Sprache und Narratives untrennbar miteinander verbunden sind oder ob trotz einer Aphasie narrative Fähigkeiten erhalten sein können. Genauer formuliert geht es um die Frage, ob ein Verlust von Phonologie, Syntax und Semantik regelmäßig mit einem Verlust von narrativem Denken einhergeht [45]. Die Antwort darauf lautet, dass narrative Fähigkeiten oft selbst bei erheblichen aphasischen Störungen gut erhalten sind. So können Patienten mit einer Aphasie fehlende Bausteine einer Erzählung aus dem Kontext erschließen. Darüber hinaus sind sie in den seltensten Fällen »sprachlos«. Mit Hilfe von Mimik, Gestik, Intonation und Prosodie können Zustimmung oder Ablehnung, Emotionen und Wünsche ausgedrückt werden. Angehörige von Patienten mit einer Aphasie schildern oft, dass die Betroffenen sehr gut verstehen, was um sie herum geschieht (»sie bekommen alles mit«). Die neurolinguistische Analyse der Sprachproduktion von Patienten mit einer Aphasie zeigt häufig einen Erhalt narrativer Strukturen, wie der Kohärenz zwischen den Elementen der Erzählung oder der Selektion relevanter Inhalte. Patienten mit einer Wernicke-Aphasie sind im narrativen Diskurs erheblich eingeschränkt, man kann jedoch noch narrative Strukturen erkennen [52]. Fasst man die Literatur zusammen, so ist die Narrativität bei Patienten mit einer aphasischen Störung meist erhalten, sie ist jedoch eingeschränkt, sowohl in der Menge an Informationen als auch in der Komplexität der Erzählungen. Für die Aphasie-therapie lassen sich die erhaltenen narrativen Fähigkeiten nutzen. Dies bedeutet, Übungen zu kontextualisieren, sie in autobiographische oder soziokulturelle Geschichten einzubetten. Weiterhin sollte man versuchen, szenische Elemente einzubauen. Huber und Gleber [30] haben gezeigt, wie das Verständnis einer Geschichte durch Hinzufügen

von Bildern verbessert werden kann. Auch Patienten nach einem Schlaganfall ohne Aphasie können aus Übungen im Erzählen einen Nutzen ziehen, denn auch bei dieser Gruppe zeigen sich Einschränkungen in der Kohäsion, d. h. in dem inneren Gefüge des Erzählens [16].

Eine besondere Form des Gehirns, Geschichten zu bilden, sind die sogenannten Konfabulationen. Dies sind kreative Erzählungen, bei denen der Zweifel dort fehlt, wo er angebracht wäre. Das Gehirn überwindet zwei Kontrollinstanzen: zum einen die Instanz, die uns hindert, Erzählungen mit einer geringen Wahrscheinlichkeit an Wahrheitsgehalt zu produzieren, und zum anderen die Kontrollinstanz, die Geschichten prüft [27]. Der kreative Gedankenfluss des Erzählens, der Übersetzer von Erfahrungen, muss einen Anspruch erheben, mit dem die Kontrollinstanzen aufgehoben werden. Anders formuliert ist dem normalen Erzählen eine Art von Kontrolle zu Eigen, mit der Zweifel in Balance mit dem Anspruch auf Richtigkeit stehen.

Neurologisch korrelieren Konfabulationen mit Läsionen des orbitofrontalen Cortex und, bei der Anosognosie, mit meist rechtsparietalen Läsionen. Bemerkenswert ist auch, wie bei rechtsparietalen Läsionen Geschichten über den eigenen Körper gebildet werden, in denen beispielsweise der betroffene Arm als lästiger Mitbewohner bezeichnet wird. Der Körperteil wird nicht nur vom körperlichen Selbst »ausgebootet«, sondern auch wie eine dritte Person behandelt (Misoplegie) [14].

Schlussbemerkung

Der narrative Ansatz will keinen neuen »Hype« in der Medizin und Neurorehabilitation anstoßen, davon gibt es schon genug. Das Narrative spiegelt das Subjektive, das Individuelle, das Nicht-Quantitative. In der Neurorehabilitation bietet das Narrative die Möglichkeit, die Landkarte zwischen individuellen Funktionseinschränkungen sowie biographischem und sozialem Kontext sichtbar zu machen. In der ICF [56] wird eine Interaktion zwischen Funktion, Aktivität und Teilhabe einerseits und externem und biographischem Kontext andererseits postuliert. Wie diese Interaktion zu verstehen sei, wird nicht ausgeführt. Im Narrativen liegt eine Chance, diese Interaktion zu verstehen.

Literatur

1. Antes G: Evidence-Based Medicine. Der Internist 1998; 9: 899-908
2. Baltes PB, Rösler F, Reuter-Lorenz PA: Biocultural Co-Constructivism as a Theoretical Metascript. In: Baltes PB, Reuter-Lorenz PA, Rösler F (eds): Lifespan Development and the Brain: The Perspective of Biocultural Co-Constructivism. Cambridge University Press, Cambridge 2006, 3-39
3. Barker KK: The fibromyalgia story: medical authority and women's worlds of pain. Temple University Press, Philadelphia, PA 2005
4. Bauby JD: Schmetterling und Taucherglocke. Dtv, München 1998
5. Bayer U, Gollwitzer PM: Selbst und Zielstreben. In: Greve W (Hrsg): Psychologie des Selbst. Beltz, Weinheim 2000

6. Beach WA, Mandelbaum J: »My mom had a stroke«: Understanding how patients raise and providers respond to psychosocial concerns. In: Harter LM, Japp PM, Beck CS (Hrsg): Narratives, health and healing. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ 2005, 343-364
7. Ben-Yishay K: Reflections on the evolution of the therapeutic milieu concept. *Neuropsychological Rehab* 1996; 6: 327-343
8. Blumenberg H: Schiffbruch mit Zuschauer. Suhrkamp, Frankfurt/M 1997
9. Bruner J: Making stories. Harvard University Press, Cambridge 2003
10. Charon R: Narrative and medicine. *N Eng J Med* 2004; 350: 862-864
11. Charon R: Narrative Medicine. Oxford University Press, Oxford 2006
12. Christensen AL: Applying Luria's theory to the rehabilitation process of brain damage. In: Uzzel BP Gross T (eds): Clinical neuropsychology of intervention. Martinus Nijhoff, New York 1986
13. Christensen AL, Gaetano C: Neuropsychological rehabilitation in the interdisciplinary team: the postacute stage. In: Stuss DT, Winocur G, Robertson IH (eds): Cognitive neurorehabilitation. Cambridge University Press, Cambridge 1999, 188-200
14. Critchley M: The divine banquet of the brain and other essays. Raven Press, New York 1979
15. Dubiel H: Tief im Hirn. Kunstmann, München 2006
16. Ellis C, Rosenbek JC, Rittman MR, Boylstein CA: Recovery of cohesion in narrative discourse after left-hemisphere stroke. *J Rehab Res Develop* 2005; 6: 737-746
17. Elwyn G, Gwyn R: Geschichten, die wir hören und erzählen. Gesprächsanalyse in der Arztpraxis. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hrsg): Narrative-based medicine – Sprechende Medizin. Huber, Bern 2005, 202
18. Emmons EA: The psychology of ultimate concerns. Guilford, New York 2003
19. Epstein S: Integration of the cognitive and psychodynamic unconscious. *Amer Psychologist* 1994; 49: 709-724
20. Fallowfield L, Jenkins V: Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363: 312-319
21. Fiske, J: Television: Polysemy and popularity. *Critical Stud Mass Comm* 1986; 3: 391-409
22. Frank A: The wounded storyteller. Body, illness, and ethics. Chicago Univ. Press, Chicago 1992
23. Gallagher S, Marcel AJ: The self in contextualised action. *J Consciousness* 1999; 6: 4-30
24. Goldstein K: Der Aufbau des Organismus. Martinus Nijhoff, Den Haag 1934
25. Goodwin L, zit. bei Beach & Mandelbaum: He said she said: Talk as a social organization among black children. Indiana University Press, Bloomington 1990
26. Heath I: Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hrsg): Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Huber, Bern 2005, 115-125
27. Hirstein W: Brain fiction. MIT Press, Cambridge 2006
28. Hoffmeister J (Hrsg): Wörterbuch der philosophischen Begriffe. 2. Aufl., Felix Meiner, Hamburg 1955
29. Horton R: Health wars: On the global front lines of modern medicine. New York Review of Books, New York 2003
30. Huber W, Gleber J: Linguistic and nonlinguistic processing of narratives in aphasia. *Brain Lang* 1982; 16: 1-18
31. Hurwitz B: The temporal construction of medical narratives. In: Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V (eds): Narrative research in health and illness. Blackwell, London 2005, 414-427
32. Knechel-Johansen R: Listening in the Silence, Seeing in the Dark. University of California Press, Berkeley 2002
33. Kortzfleisch S von: Die neue Normalität. Leben nach dem Schlaganfall. CD, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh o. J.
34. Lang C: Das Scheitern der eigenen Wünsche als Aufbruch zur Neuen Poesie. *PrimaryCare* 2004; 19: 375
35. Levinson W, Gorawara-Baht R, Lamb J: A study of patient cues and physician response in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284: 1021-1027
36. Lucius-Hoene G: Leben mit einem Hirntrauma. Huber, Bern 2001
37. Lucius-Hoene G, Deppermann A: Rekonstruktion narrativer Identität. 2. Aufl., Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004
38. Lucius-Hoene G, Schwantes U, Zippel C: Narrative Medizin. Die besondere Rolle des Erzählens und Zuhörens. *Berliner Ärzte* 2006; 43: 14-18
39. Lurija AR: The man with a shattered world: the history of a brain wound. Harvard University Press, Harvard 1972, 159
40. Mattingly C: Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience. Cambridge University Press, Cambridge 2001
41. Medawar P: Memoir of a thinking radish. In: Kapur N (eds): Injured brains of medical minds. Oxford University Press, Oxford 1997, 283-289
42. Menke U: Der Einschlag mitten ins Leben. Schlaganfall mit 45 und das Leben geht weiter! Books on Demand GmbH, Norderstedt 2004
43. Morgan-Witte J: Narrative knowledge development among caregivers: stories from the nurses station. In: Harter LM, Japp PM, Beck CS (eds): Narrative, health, and healing. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ 2005, 217-236
44. Murphy RF: The body silent. Holt, New York 1987
45. Rubin DC, Greenberg DL: The role of narrative recollection: a view from cognitive psychology and neuropsychology. In: Fireman GD, McVay jr. TE, Flanagan OW (eds): Narrative Consciousness. Oxford University Press, Oxford 2003, 53-85
46. Sacks O: Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Rowohlt, Reinbek 1998
47. Shapiro J: The use of narrative in the doctor-patient encounter. *J Am Sys Med* 1993; 11: 47-53
48. Singer JA, Salovey P: The remembered self: Emotion and memory in personality. The free press, New York 1993
49. Sontag S: Krankheit als Metapher. S. Fischer, Frankfurt 2003
50. Sternberg RJ, Spear-Swerling L: Personal navigation. In: Ferrari M, Sternberg RJ (eds): Selfawareness. Its nature and development. Guilford Press, New York 1998, 219-245
51. Sunwolf, Frey LR, Keränen L: R_x story prescriptions: Healing effects of storytelling and storylistening in the practice of medicine. In: Harter LM, Japp PM, Beck CS (eds): Narratives, health and healing. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ 2005, S. 237-258
52. Ulatowska HK, Freedman-Stern R, Doyel AW, Maxaluso-Haynes S, North AJ: Production of narrative discourse in aphasia. *Brain Lang* 1983; 19: 317-334
53. Warlow C: Neurology and Psychiatry: together or part for the benefit of patients? Abstract Meeting of the British Neuropsychiatry Association Annual Meeting 2007. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 2007; 78: 781
54. Weizsäcker V von: Gesammelte Schriften Bd. 3. Hrsg. von Achilles P, Janz D, Schrenk M, von Weizsäcker CF. Suhrkamp, Frankfurt 1990
55. Whitehouse P, George D, Krinsky S: The whole picture of dementia: seeing the elephant in the room (Book review). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 205
56. WHO: ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO Library, Geneva 2001, Deutsche Version über www.dimdi.de abrufbar
57. Zaruba B: Diagnose MS. Wie ich meine Hoffnung wiederfand. Nymphenburger, München 2000

Interessenvermerk:

Der korrespondierende Autor versichert, dass das Thema unabhängig und produktneutral präsentiert wurde. Verbindungen zu einer Firma, die ein genanntes Produkt bzw. ein Konkurrenzprodukt herstellt oder vertreibt, bestehen nicht.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Peter Frommelt
 Ltd. Arzt der Abteilung für Neurologische und
 Neuropsychologische Rehabilitation
 Asklepios Klinik Schaufling
 Hausstein 2
 94571 Schaufling
 e-mail: p.frommelt@asklepios.com