

Band 12 - Heft 4 - 2005

# IMAGO HOMINIS

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE  
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

---

PREIS: EUR 10,-

ISSN 1021-9803

Band 12 - Heft 4 - 2005



---

LEBENSSTIL UND  
PSYCHIATRIE

---

**4**  
2005

# IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Friedrich KUMMER

Enrique H. PRAT

Schriftleitung:

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)

Lukas KENNER (Pathologie, Wien)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Gunther LADURNER (Psychiatrie, Salzburg)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerliches Recht, Salzburg)

Hildegunde PIZA (Plastische Chirurgie, Innsbruck)

Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

Das IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das IMABE-Institut veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>EDITORIAL</b> .....	253
<b>AUS AKTUELLEM ANLASS</b>	
F. KUMMER <i>Vogelgrippe</i> .....	255
S. KUMMER <i>Politisch korrektes Klonen von Embryonen?</i> .....	259
<b>FOCUS</b>	
R. M. BONELLI <i>Religiosität in der modernen Psychiatrie</i> .....	263
<b>SCHWERPUNKT: Lebensstil und Psychiatrie</b>	
M. STELZIG <i>Macht Stress krank?</i> .....	279
L. THUN-HOHENSTEIN <i>Soziale Einflüsse auf die Entwicklung von Kindern</i> .....	291
P. HOFMANN <i>Macht unsere Gesellschaft psychisch krank?</i> .....	299
<b>DISKUSSIONSBEITRAG</b>	
B. STÜBBEN <i>Überalterung der Gesellschaft – Überforderte Medizin</i> .....	309
<b>NACHRICHTEN</b> .....	314
<b>ZEITSCHRIFTENSPIEGEL</b> .....	317
<b>BUCHBESPRECHUNGEN</b> .....	319

Herausgeber: Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI, Prim. Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER,  
Prof. Dr. Enrique H. PRAT  
Medieninhaber und Verleger: IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik,  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, Telephon: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4  
E-Mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org), <http://www.imabe.org/>  
DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER, Mag. Susanne KUMMER

Redaktion/Nachrichten: Dr. Marion STOLL, Maria SCHÖRGHUBER

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: IMAGO HOMINIS ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch-relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und Produktion: Robert GLOWKA

Herstellung: Buchdruckerei E. BECVAR GESMBH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Robert GLOWKA

Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,

Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-

Abo-Service: Robert GLOWKA

Bankverbindung: CA AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 0955-39888/00;

IBAN = AT67 1100 0095 5398 8800, BIC = BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.

Das IMABE-Institut gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl.Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 5. Dezember 2005

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



JANSSEN-CILAG PHARMA

Der Sponsor hat keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Erkrankt der Mensch unserer Gesellschaft an seinem Lebensstil? NIETZSCHE hat den Menschen als das nicht *festgestellte Tier* bezeichnet. Ja, der Mensch vervollkommnet sich laufend mit Hilfe seines eigenen vernünftigen Handelns. Er ist ein Kulturwesen mit dem Vermögen, natürliche Mängel zu kompensieren und durch Technik und Lebensstil sich das, was die Anthropologie die zweite Natur (d. h. Kultur) nennt, zu gestalten. Diese zweite Natur ist kein Luxus, sondern für den Menschen überlebenswichtig. Sie ist eine *Blitzableiterkultur* (R. SAFRANSKI), weil prinzipiell darauf ausgerichtet, Gefahren und Risiken zu bewältigen, Ängste und Stress zu reduzieren. Durch kulturelles Handeln ergänzt der Mensch seine Natur, aber er entfernt sich gleichzeitig von ihr, denn als Kulturwesen ist er kein reines Naturwesen mehr. Offensichtlich gibt es eine optimale „Entfernung“ – man könnte sie auch Mischung nennen – zwischen Kultur und Natur. Wird sie überschritten, dann entstehen Stress und zusätzliche Risiken. Kann es sein, dass sich durch den Lebensstil Kultur und Natur zu weit entfernen, so dass man krank wird?

Vieles spricht dafür, dass der Mensch unserer Gesellschaft am Lebensstil erkrankt, denn der oft zitierte Stress und die Stresskrankheiten nehmen zu. Das zeigt sich auch in den gesundheitsgefährdenden kulturellen Widersprüchen, in die der heutige Mensch verstrickt ist. Während von der Wellness-Industrie z. B. verlangt wird, dass sie unter Einsatz aller zur Verfügung stehenden Mittel in kurzer Zeit das fehlende Wohlbefinden wieder herstellt und streng genommen Wunder wirkt, ist kaum jemand bereit, seine gewohnte (ungesunde) Lebensführung aufzugeben: Chronische Schlafdefizite, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Dauerstress, 60 Stunden Arbeitszeit pro Woche oder mehr, wechselnde Partnerschaften, Beziehungslosigkeit, und der nicht selten hinzu kommende Konsum von Genussmitteln wie Alkohol, Tabakrauch, leichten Drogen oder Medikamenten stehen für viele Zeitgenossen unserer Gesellschaft auf der Tagesordnung. Von der Lifestyle-Medizin verlangt man zusätzlich, dass sie alle Exzesse des Lebensstils kompensiert. Diese eigentümliche Gespaltenheit rächt sich nicht selten mehrfach. Der allgemein verspürte Zweifel ob der Angemessenheit der Lebensart erlangt durch den plötzlichen Ausbruch einer physischen oder psychischen Krankheit Gewissheit. Dann ist es vielleicht noch nicht zu spät, wie zahlreiche Zeugnisse berichten: Erst durch den Ausbruch einer Erkrankung alarmiert, kam das Umdenken und die Änderung des Lebenszustande. Ob es einen prophylaktischen Lebensstil gibt? Man kann davon ausgehen, dass eine Grundintuition des Menschen – oder das Gespür für das, was richtig oder falsch ist, nicht zur Gänze verloren ist. Auf diese innere Stimme zu hören scheint bisweilen mehr wert zu sein, als den „Wellness-Propheten“ Glauben zu schenken.

In der vorliegenden Ausgabe wurde der Frage nachgegangen, ob es Zusammenhänge zwischen Lifestyle und psychischer Gesundheit gibt. Oder andersherum gefragt: Macht unsere Gesellschaft psychisch krank? Dabei

sind Neurologen und Psychiater zu Wort gekommen. Welche Rolle spielt der Stress in unserem Leben, und macht er in jedem Falle krank (STELZIG)? Was brauchen Kinder, um sich gut und gesund entwickeln zu können und welche Form der Lebensführung zeitigt ihre schädigende Wirkung so, dass auch die Zukunft davon geprägt sein wird (THUN-HOHENSTEIN)? Ja, kann man davon sprechen, dass insgesamt weltweit gesehen die psychiatrischen Erkrankungen zugenommen haben? Diese Frage wird mit einem zaghaften Ja beantwortet, wobei der Analyse der pathogenen Faktoren höchste Bedeutung zukommt (HOFFMANN). Die Frage nach der Innerlichkeit des Menschen mit der Dimension des Religiösen war lange Zeit Stiefkind in der Therapie psychischer Alterationen. Und dennoch muß ihr ein Stellenwert eingeräumt werden, der nach und nach in seiner Bedeutsamkeit für die Therapie erkannt wird (BONELLI). Wie komplex die Zusammenhänge zwischen Lifestyle und psychischer Gesundheit sind, wird im Fachbereich der Geriatrie und speziell der geriatrischen Psychiatrie deutlich. Hier tritt eine Überschneidung mit der Gesellschaftspolitik zu Tage, die die nächsten Generationen noch stark beschäftigen wird (STÜBBEN).

Erfreulicherweise können wir über eine Vergrößerung unseres Redaktionsteams berichten. Susanne KUMMER wird ab nun gemeinsam mit Notburga AUNER die Schriftleitung übernehmen. Sie wird außerdem die Öffentlichkeitsarbeit im Institut führen und als wissenschaftliche Referentin einige Projekte bearbeiten. Im nächsten Jahr wird *IMAGO HOMINIS* eine Neuerung erfahren: es wird über den Lit-Verlag herausgegeben und auch in Fachbuchhandlungen bezogen werden können. Wir hoffen auf eine Erweiterung unseres Leserkreises!

Allen unseren Lesern wünschen wir ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein gutes Neues Jahr 2006!

Die Herausgeber

## Vogelgrippe

Friedrich KUMMER

Bis vor wenigen Monaten wusste der Normalbürger noch nichts mit „H5N1“ anzufangen, noch beunruhigte ihn eine drohende Grippepandemie. Das änderte sich schlagartig, als in Ostasien die ersten Menschen tatsächlich an „Vogelgrippe“ starben und die Behörden - von der WHO bis zum Österreichischen Gesundheitsministerium ab Jänner 2005 - mehr oder weniger geheime Notfallpläne entwickelten. Nun war der Medienrummel nicht mehr aufzuhalten. Seit etlichen Wochen dürfen Hühner auch in Österreich nur noch hinter Gittern gehalten werden, Millionen Stück Geflügel wurden geschlachtet. Alles Hysterie? Oder notwendige Vorsorgemaßnahmen? Die ausgebrochene Vogelgrippen-Panik wirft die Frage auf, wie man verantwortungsvoll mit Vielleicht-Katastrophen umgehen soll.

Zu den Fakten und Zahlen: Dass spezielle Stämme von Grippeviren Geflügelpest verursachen können, ist bereits seit dem vorigen Jahrhundert bekannt. Neu hingegen scheint ihre Pathogenität auch für Menschen, die in engstem Kontakt zu erkrankten Vögeln standen. So sind zwischen 1997 und 2005 mehr als 120 Perso-

nen an einer Infektion mit dem H5N1-Typ in Thailand, Kambodscha, Vietnam und Indonesien erkrankt. Von ihnen starben 64 Menschen nachweislich an der Infektion. Sie standen alle in direktem, langfristig unhygienischem Kontakt mit erkranktem Geflügel. Soweit die Fakten. Etliche Punkte werden in Wissenschaftskreisen diskutiert. Werden sich die Vogelgrippe-Viren durch Zugvögel auch auf andere Erdteile verbreiten? Schaffen sie es, sich durch Anpassung über Wildkatzen und Schweine der Infektiosität für den Menschen zu nähern? Unklar ist auch, ob sich die Vogelpestviren mit gängigen humanpathogenen Grippeviren kreuzen könnten, sodass eine Pandemie mit einem „Supervirus“ von bisher nie da gewesenem Ausmaß auftreten würde. Horrorszenarien sprechen gar von einer Auslöschung von 25 bis 50 Prozent der Weltbevölkerung.

### Die Rolle der WHO und nationaler Gesundheitsbehörden

Die WHO und nationale Gesundheitsbehörden reagierten rasch. Seit dem Bekanntwerden

#### Fakten „Vogelgrippe“

Unter Vogelgrippe versteht man die Erkrankung von Geflügel an einem Virus der Gruppe Influenza-A, der sich von humanpathogenen Stämmen durch bestimmte Muster des Hämagglutinins (H) und der Neuraminidase (N) unterscheidet. Der aktuell für Aufregung sorgende Stamm der Vogelgrippe trägt die Bezeichnung H5N1.

Hämagglutinin ermöglicht die Anhaftung der Viren an den Zellen (in diesem Falle jener des unteren Respirationstraktes), die Neuraminidase fördert die Freisetzung der nächsten Virusgeneration aus der betroffenen Zelle.

Der Subtyp H5N1 wurde 1997 erstmals anlässlich einer Vogelpest in Hongkong identifiziert. Später und an anderen Orten wurden differente Erreger der Geflügelpest gefunden (H9N2, H7N7). Schließlich wurde 2004 in Vietnam ein Subtyp identifiziert, der sich lediglich in 10 Aminosäuren von H5N1 unterscheidet.

Die bisher für den Menschen pathogenen Influenza-A-Viren tragen Strukturbezeichnungen wie H1N1 bzw. H3N2. Influenza-B-Viren entsprechen einer „normalen Grippe“. Sie weisen keine Subtypen auf.

der ersten Todesfälle beim Menschen wurde eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, die primär die Eradifizierung lokaler Infektionsherde und die unmittelbare Eindämmung der Ausbreitung zum Ziel hatten. Sie bestanden im Keulen von Hausgeflügel, strikten Ein- bzw. Ausfuhrverboten und flächendeckenden Impfkationen von Millionen Stück von Geflügel in den betroffenen Regionen und Ländern. Dies führte bei Tierfarmern und Kleinzüchtern zu nachhaltiger wirtschaftlicher Benachteiligung.

Die Anstrengungen zur Herstellung eines für den Menschen wirksamen Vakzins haben hingegen derzeit keine konkrete Aussicht auf Erfolg, zumindest was die nächsten 2 bis 3 Jahre betrifft. Gegen Influenza-A/H5N1-Viren gibt es derzeit nur für Vögel einen wirksamen Impfstoff. Menschen, so die Empfehlung der Gesundheitsorganisationen, sollten die gängige Influenza-A-Impfung in Anspruch nehmen. Ein Ansturm auf die herkömmliche Grippeimpfung setzte ein, auch in Österreich. So musste etwa die November-Grippeimpfkation der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für 10 Tage unterbrochen werden. Wegen der Vogelgrippe habe heuer die Nachfrage nach Grippeimpfungen im Vergleich zum Vorjahr um 40 Prozent zugenommen, hieß es aus der Presseabteilung. Das habe kurzfristig zu Versorgungsengpässen geführt. Je besser die Durchimpfung einer Population, desto weniger kann eine Epidemie Fuß fassen. So weit zum positiven Nebeneffekt der Vogelgrippe-Ansteckungsangst. In Deutschland stieg die Zahl der Impfwilligen von 18 Millionen (2004) auf 21 Millionen (2005), es sind jedoch in diesem Jahr insgesamt nur 20 Millionen Dosen lieferbar. Merkwürdig ist, dass laut einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach Anfang Dezember 53% der deutschen Bevölkerung überzeugt war, dass das Risiko, selbst an Vogelgrippe zu erkranken, nicht sonderlich groß sei. Nur 5% beantworteten die Frage: „Fühlen Sie sich persönlich durch die Vogelgrippe gefährdet?“ positiv. Der Unterschied zur BSE-Krise vor vier

Jahren ist bemerkenswert: Damals gaben 54% der Befragten an, sich persönlich durch die Rinderseuche BSE gefährdet zu sehen.

### Ein Geschäft mit Tamiflu?

Gleichzeitig mit dem Aufruf zur gängigen Grippeimpfung wurde die Versorgung mit dem Neuraminidasehemmer Oseltamivir (Tamiflu<sup>®</sup>, Roche) in großem Stile angeregt. Die Prophylaxe und Therapie baut auf die Hemmung der Neuraminidase durch das oral verabreichte Tamiflu<sup>®</sup>. Das führte zu einem ungeahnten Ansturm auf das Medikament. Eine rasche Nachproduktion von Tamiflu erwies sich als illusorisch. Trotz Lockerung der Patentbestimmungen kann sie in ausreichendem Maß nicht vor 2007 erwartet werden. Sogar nach Aufstockung der Roche-eigenen Produktionsstätten und Auslagerung an sieben Zulieferfirmen wird es dennoch notwendig sein, Unterlizenzen zu vergeben. Damit muss sich die Anlaufzeit für die Produktion erheblich verzögern. Mit den derzeit verfügbaren Kontingenten an Tamiflu können nur etwa 20 bis 50 Millionen Menschen versorgt werden, wogegen der globale Bedarf auf einige Milliarden geschätzt wird. Die bis dato verfügbaren Tamiflu-Kontingente wurden vorsorglich von offiziellen Stellen angekauft (Militär, Land- und Stadtverwaltungen). Der Einzelverbraucher hatte kaum eine Chance, an das Präparat heranzukommen. Auch Zwischenhändler versuchen inzwischen am großen Tamiflu-Kuchen mitzunaschen: Privatfirmen tätigten Großeinkäufe des Grippemittels und legen Vorräte an, obwohl es keinerlei Anzeichen für eine Grippewelle oder gar eine Pandemie gebe, mutmaßt die Herstellerfirma Roche. Deshalb kündigte das Unternehmen kürzlich einen zeitweisen Lieferungsstopp des Grippemittels Tamiflu an private Händler in den USA an – bis es Anzeichen für eine Grippewelle gebe, so eine Roche-Sprecherin.

Dass die Erzeugerfirma kräftig am Tamiflu-



Verkauf verdient, ist keine Frage. Innerhalb der letzten Monate verzeichnete das Basler Unternehmen eine sagenhafte Umsatzsteigerung von über 20 Prozent, von der die Aktionäre profitieren. Interessantes Detail am Rande: Anfang November erklärte sich US-Verteidigungsminister Donald RUMSFELD wegen eines Interessenkonflikts als Regierungsmitglied und Großaktionär in allen Entscheidungen zur vorbeugenden Bekämpfung der Vogelgrippe für befangen. RUMSFELD war seit 1997 bis zu seinem Eintritt in die US-Regierung im Jahr 2001 Präsident von Gileads Forschungsabteilung, die wesentlich an der Entwicklung des Vogelgrippe-Medikaments Tamiflu beteiligt war. Das US-Magazin „Fortune“ schätzte RUMSFELDS Beteiligung an Gilead Sciences Inc. auf einen Wert von fünf bis 25 Millionen Dollar. Der Wert der Gilead-Aktien kletterte durch den Tamiflu-Verkauf von 35 auf 47 Dollar. Allein das US-Verteidigungsministerium hatte schon im Juli 2005 Tamiflu für 58 Millionen Dollar bestellt. RUMSFELD legte erst im November den zuständigen Behörden seine Millionen-Beteiligung an jener Pharmafirma offen. Laut „Fortune“ erhält Gilead von Roche für den Verkauf von Tamiflu eine Lizenzgebühr von zehn Prozent.

### Behörden, Medien und ihre Verantwortung

Die Medien befinden sich im Zuge von Vielleicht-Katastrophen in einer heiklen Situation. Einerseits sind sie zur prompten Berichterstattung angehalten, andererseits sollten sie den sich überstürzenden, manchmal einander widersprechenden Meldungen kritisch und ausgewogen gerecht werden. Im Fall der Vogelgrippen-Angst hat diese Ausgewogenheit gefehlt. Als es zu neuerlichen Infektionsfällen kam (Ural, Türkei, Kroatien) und prompt hektisch und reißerisch verfasste Kommentare dazu erschienen, gab es plötzlich von oberster Stelle Aufrufe zur Kalmierung. Als unbefangener Konsument von Nachrichten wurde man

einem Wechselbad unterzogen, was zu Unsicherheit, Misstrauen oder – noch schlechter – Indifferenz gegenüber Medienberichten führen kann. Wichtig ist der informative Einsatz der Medien bezüglich Grippeimpfung und Verhalten beim Umgang mit Vogelkadavern. Verzichtbar hingegen ist die Konstruktion von Horrorszenarien mit Superviren und Dezimierung der Weltbevölkerung.

Einer Umfrage der Zeitschrift *ärztemagazin* zeigt, dass sich zumindest Ärzte nicht von einer medialen Panikmache anstecken lassen: Alle (100%) schätzen die Gefahr einer Pandemie gering bis sehr gering ein, 20% empfehlen Vorsorgemaßnahmen nur für besorgte Menschen, während 54% keinerlei Prophylaxe für nötig halten.

### Sachinformation statt Panikmache

Eine Vogelpest ist wirtschaftlich ein gravierendes Ereignis, für so manche Bevölkerungsgruppierungen (besonders in Asien) sogar eine Katastrophe. Gemessen daran tritt die aktuelle Gefahr für die menschliche Gesundheit in den Hintergrund:

1. Die Vogelgrippeviren sind für Vögel und nur in Ausnahmefällen für Menschen pathogen.
2. Außerhalb von Ostasien sind nur sporadische Fälle von Tierinfektionen nachgewiesen worden.
3. Wo auch immer Vogelpest konstatiert wird, wird durch die bestehenden Sanktionen die Seuche eingegrenzt.
4. Die humane Pathogenität wurde bislang nur bei engem, langzeitigem und darüber hinaus unhygienischem Kontakt mit Geflügel beobachtet.
5. Ein „Überspringen“ von Vogel- auf humane Pathogenität mit der Formierung eines Supervirus ist wohl nur an das Auftreten beider Epidemien in örtlicher und zeitlicher Kongruenz gebunden.
6. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch ist bislang nicht möglich.

Mittlerweile haben die Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE), die WHO und zahlreiche nationale Behörden, auch das Österreichische Gesundheitsministerium, einen Gang zurück eingelegt. Man warnt vor einer „Pandemie-Psychose“. Die Zahl von nur 120 Infektionen innerhalb von 8 Jahren sei gering, wenn man die hohe Bevölkerungsdichte und den unhygienischen Umgang mit Geflügel in den entsprechenden Regionen in Ostasien berücksichtigt. Auch sei aus den derzeit zur Verfügung stehenden Daten nicht auf

die regelhafte Übertragung auf den Menschen zu schließen. Eine „übliche“ Grippewelle, wie sie jährlich Europa erreicht, sei viel aktueller und gefährlicher. Bereits im frühen Jahr 2005 hat sie allein in Deutschland etwa 20.000 Menschen das Leben gekostet.

Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER  
IMABE-Institut  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
*fkummer@aon.at*

## Politisch korrektes Klonen von Embryonen?

Susanne KUMMER

Die Forschung mit embryonalen Stammzellen steckt noch in den Kinderschuhen. Das geben selbst Klon-Pioniere wie der in den USA forschende Rudolf JAENISCH oder der Südkoreaner Woo Suk HWANG zu. HWANG wird in Zukunft wohl etwas leiser treten müssen: Ende November gab er auf massiven öffentlichen Druck hin zu, Eizellenspenden von seinen Mitarbeiterinnen für Klonexperimente verwendet zu haben. Außerdem erhielten mehrere Frauen, die Gesundheit gefährdende Hormonstimulation für eine Eizellenspende auf sich genommen, 1300 Euro als „Aufwandsentschädigung“, so ein Mitarbeiter HWANGS. Die Frage, wie es um den Schutz der Frauen bestellt, die für Klon-Forscher Eizellen spenden, wird durch dieses prominente Geständnis umso brisanter.<sup>1</sup> Dennoch werden Hoffnungen auf baldige Therapien für bislang unheilbare Krankheiten geschürt und damit Forderungen laut, ethisch „überzogene“ oder „restriktive“ Positionen zugunsten des allgemeinen Wohles der Menschheit aufzugeben. Sprich: Nationen wie etwa Deutschland sollten dem Beispiel Südkoreas folgen und ihr Klon-Verbot von Embryonen aufheben. Doch Widerstand gibt es genug, in vielen Ländern herrscht zu dieser Frage kein politischer Konsens. Allzu lange wollen die Klon-Forscher aber nicht mehr warten. Wohl auch deshalb waren die Schlagzeilen über neue Klonverfahren, wie sie im Oktober 2005 im Wissenschaftsmagazin *Nature* publiziert wurden, für Klon-Befürworter wie Wasser auf ihre Mühlen. Endlich habe man einen „Königsweg“ zu „ethisch unbedenklichen Stammzellen“ gefunden, hieß es in den Medienberichten. Man las von einer neuen Methode des „ethisch verträglichen Klonens“ und sprach von „annehmbaren Stammzellen für die Politik“. Ist es den US-amerikanischen Forschergruppen rund um JAENISCH (MIT) tatsächlich gelungen, eine ethisch saubere Version des Klonens menschlicher Em-

bryonen zu finden? Oder sind die Studien doch nur eine Variante mehr der Vernichtung von Embryonen für Forschungszwecke? JAENISCH und sein Kollege Alexander MEISSNER vom Whitehead Institute for Biomedical Research in Cambridge, Massachusetts, gehen bei ihren Experimenten mit Mäusen nach der „DOLLY-Methode“ vor: Dabei wird der Kern einer Körperzelle des zu klonenden Individuums in eine zuvor entkernte Eizelle transferiert, die von einem Individuum derselben Spezies stammt. Aus dem entstehenden Klon, der dieselbe Erbinformation besitzt wie der Spender der Körperzelle, werden später die embryonalen Stammzellen gewonnen. Bei diesem Schritt muss der Klon-Embryo sein Leben lassen. JAENISCH und MEISSNER haben diesem Verfahren nun lediglich einen neuen Schritt hinzugefügt. Anders als bisher üblich griffen die beiden Forscher vor der Transferierung des Zellkerns in dessen Genom ein. Sie veränderten die Embryonen genetisch so, dass sie sich nicht mehr in die Gebärmutter einnisten können. Konkret wurde laut *Nature* dazu das Gen *Cdx2* blockiert, das die Bauanleitung für Eiweiße enthält, die zur Bildung der äußeren Zellschicht notwendig sind, mit der sich der Embryo in der Gebärmutterwand einnistet. Aufgrund dieser Manipulation wäre der geklonte Embryo daher selbst dann nicht überlebensfähig, wenn er in eine Gebärmutter übertragen würde. Die gentechnisch veränderten Embryonen hätten zwar anders als normale Embryonen ausgesehen, aber dennoch Stammzellen gebildet, die sich im Reagenzgefäß zu unterschiedlichen Zelltypen wie Nervenzellen, Muskel- oder Darmzellen züchten ließen. Wie der Stammzellexperte Irving WEISSMANN von der Stanford University in Kalifornien in einem Kommentar für *Nature* schreibt, hätten JAENISCH und MEISSNER damit lebensunfähige Embryonen geschaffen, die ohne ethische Bedenken für medizinische Zwecke genutzt werden könnten.

Genau das muss jedoch bei näherem Hinsehen in Frage gestellt werden. Ist ein Embryo nur deshalb nicht mehr schutzwürdig, weil ihm zuvor seine Fähigkeit, in einer adäquaten Umgebung heranzureifen, genetisch amputiert wurde? Was war er vorher? Beginnt das Leben eines Menschen erst dann, wenn sich der Embryo in der Gebärmutter einnistet? Oder noch später? Mit der Durchtrennung der Nabelschnur etwa, wie manche es definieren? Bis zu welchem Alter wird es nach JAENISCH und seinen Kollegen ethisch zulässig sein, einen Menschen überlebensunfähig zu machen? Im Grunde kommt die Abschaltung des Gens *Cdx2* ethisch gesehen einer direkten Tötung eines noch nicht implantierten Individuums der Spezies Mensch gleich. Soll das wirklich ethisch vertretbar sein? Das US-Forscherteam schmückt sich mit einer - im Tierversuch erprobten - Methode, die sich den Anschein der *political correctness* gibt. In Wahrheit hat sie nichts an ethischer Brisanz verloren, wenn sie am Menschen angewendet wird.

Und die Art, wie die Klonmethode teils euphorisch von der medialen Berichterstattung aufgenommen wurde, lässt ahnen, dass der Druck auf Gesetzgeber, Klonverbotsbestimmungen zu lockern, leise, aber bestimmt wächst. Embryonale Stammzellen sind ein von Forschern begehrtes Rohstoffmaterial. Der „Stoff“, aus dem sie gewonnen werden, sind menschliche Embryonen, ob sie nun als Klon eines Erwachsenen hergestellt werden – wie bei der DOLLY-Methode – oder als Klon aus einem Embryo gewonnen werden. Dass das Klonen von Embryonen in den meisten Staaten gesetzlich verboten ist, hat einen guten Grund: Bei der Entnahme der Stammzellen wird der Embryo zwangsweise zerstört. Chance auf ein Überleben wird ihm keine gewährt. Der Mensch dürfe nicht rein als Mittel zum Zweck hergestellt werden – auch wenn der Zweck noch so gut gemeint ist, nämlich aus den geklonten Embryonen Stammzellen zu gewinnen, die später für die Züchtung von Ersatzgewebe für die Transplantationsmedizin verwendet werden können. Das bei Transplan-

tationen sonst übliche Problem, dass nämlich das dem Patienten immunfremde Gewebe abgestoßen wird, würde wegfallen, so die Überlegung. Reicht diese Absicht aus, um bewusst kranke Embryos zu schaffen, die dann als Ersatzteillager dienen sollen? Oder Embryonen zu splitten, wie es dem Forscher um Robert LANZA von der Biotechfirma „Advanced Cell Technology“ (ACT) in Worcester bei Mäusen gelang, dessen Arbeit ebenfalls von *Nature* publiziert wurde? Im Acht-Zell-Stadium wurde dem Mäuseembryo nach dem Verfahren der in Österreich und Deutschland verbotenen Präimplantationsdiagnose eine Zelle entnommen, allerdings nicht, um den Embryo einem Gencheck zu unterziehen, sondern um sie zu einem Stammzelllieferanten umzufunktionieren. Kein Embryo wurde geklont, kein Embryo vernichtet, sagt LANZA. Ethische Haken gibt es trotzdem: Zum einen schließen Wissenschaftler nicht aus, dass die Entnahme einer Zelle im embryonalen Vier- oder Acht-Zellen-Stadium dauerhaft die gesunde genetische Entwicklung des Embryo stören kann. Ethisch bedenklich und medizinisch ineffizient ist zudem die Tatsache, dass so eine Therapie, falls sie sich überhaupt je etabliert, nur bei jenen Menschen angewandt werden könnte, die auf dem Weg der künstlichen Befruchtung entstanden sind. Nur noch im Labor hergestellte Menschen können maßgeschneiderte Stammzellen erhalten und maximal vom Gesundheitssystem profitieren. Die Vision einer Zweiklassengesellschaft, die man erst einmal so richtig zu Ende denken müsste.

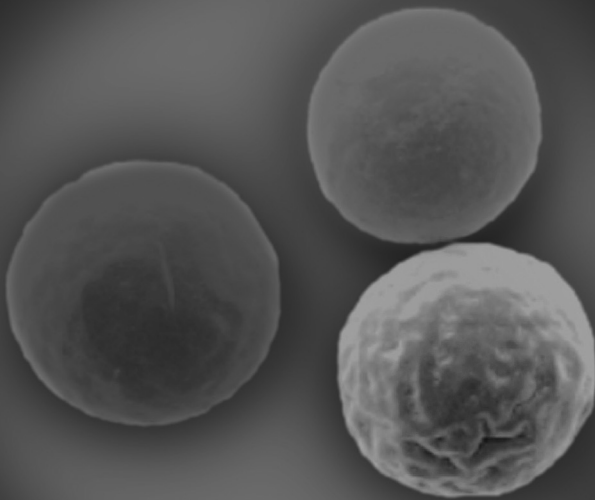
#### Referenzen:

- 1 Einen ausführlichen Beitrag über den aktuellen Stand der Problematik der Eizellenspende und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken für Frauen liefert Univ.-Prof. Dr. Gabriele WERNER-FELMAYER von der Medizinischen Universität Innsbruck in: *Imago Hominis*, Bd. 12, 3/2005, 207-215, „Menschliche Eizellen – Lebensspender, Hoffnungsträger und Handelsware“

Mag. Susanne KUMMER, IMABE-Institut  
Landstraßer Hauptstraße 4/13  
A-1030 Wien  
[skummer@imabe.org](mailto:skummer@imabe.org)



JANSSEN-CILAG



Gesunde Zukunft beginnt heute



## FOCUS

### Religiosität in der modernen Psychiatrie

*Raphael M. BONELLI*

#### Zusammenfassung

Im Vergleich zu seiner gesellschaftlichen Bedeutung wird der Faktor Religiosität in der medizinischen Forschung vernachlässigt. Anhand der vorhandenen qualitativ hochwertigen Studien soll in diesem Artikel der Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Krankheit untersucht werden. Während für eine Reihe von psychiatrischen Erkrankungen (wie Demenz, Schizophrenie, Manie, Essstörungen, Sexualstörungen und Persönlichkeitsstörungen) praktisch keine methodisch ausgereiften Studien vorliegen, ist für andere die Evidenz schon ausreichend, um eine Aussage zu treffen (Suchterkrankungen, Depression und Suizid), und für eine dritte Gruppe ist zwar einiges Material vorhanden, aber die Datenlage reicht noch nicht zu einem Urteil (Angststörungen, Zwangsstörungen). In der Tat scheint die Religiosität sowohl für Suchterkrankungen als auch für die Depression und den Suizid ein protektiver Faktor zu sein. Das behutsame, wertschätzende Einbeziehen der Religiosität des Patienten in die Psychotherapie erscheint ratsam.

**Schlüsselwörter:** Religiosität, Spiritualität, Psychiatrie, Depression, Suizidalität

#### Abstract

In comparison to its social impact, religiosity is widely underrepresented in scientific papers. We try to analyze the possible connection between religiosity and mental health. As result we present three groups of evidence: 1) psychiatric disorders widely lacking scientific evidence in this area (like dementia, schizophrenia, mania, eating disorders, and personality disorders); 2) psychiatric disorders, where reliable evidence can be concluded from the published material (i.e. substance addiction, depression, and suicide); and 3) psychiatric disorders with conflicting evidence (e.g. anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder). Actually, religiosity is a protective factor for substance addiction, depression, and suicide. Carefully including this dimension into the psychotherapeutic setting seems to be advisable.

**Keywords:** religiosity, spirituality, psychiatry, depression, suicidality

*Anschrift des Autors:* Univ.-Doz. Dr. med. et scient. Raphael M. BONELLI  
Univ.-Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz  
Auenbruggerplatz 31, A-8036 Graz

## Einleitung

Im Vergleich zu seiner gesellschaftlichen Bedeutung wird der Faktor Religiosität in der medizinischen (und besonders in der psychiatrischen) Forschung noch immer vernachlässigt<sup>1-3</sup>. Lange Zeit tabuisiert, ist das Thema jetzt vor allem in den USA wieder von wissenschaftlichem Interesse. Zahlreiche US-amerikanische Autoren<sup>3-6</sup> propagieren die Integration der spirituellen Dimension in den medizinischen Heilungsprozess und sind sogar der Überzeugung, dass praktizierte Religiosität bewiesenermaßen gesundheitsfördernd sei. In Europa hingegen wird oftmals allein die Fragestellung schon als unwissenschaftlich abgelehnt. Den Proponenten der Integration der spirituellen Dimension in den Medizinalltag wird manchmal der Vorwurf gemacht, die vorgelegten Studien seien methodisch schwach und die Datenlage insgesamt widersprüchlich<sup>2</sup>. Kritische Stimmen meinen außerdem, die zunehmende Aufmerksamkeit der Ärzte für die Spiritualität ihrer Patienten könne zu Missbräuchen führen, da gerade kranke Menschen besonders anfällig für Manipulation seien<sup>7</sup>.

Tatsächlich ist bei genauerer Betrachtung das Thema bei weitem nicht unproblematisch. Man bekommt mancherorts den Eindruck, „religiöse Wissenschaftler“ stünden unter einem selbstauferlegten Druck und apostolischen Eifer, in ihren Studien „glaubensfreundliche“ Ergebnisse zu erzielen, insbesondere beim Thema Gesundheitsförderung durch religiöses Leben. Kritiker sprechen hier von der Gefahr, dass die Religiosität instrumentalisiert und als Quasi-Medikament zur Lebensverlängerung eingesetzt wird, wie etwa ein Antibiotikum<sup>8</sup>. Religion hat ihr letztes Ziel aber außerhalb dieser Welt, darum muss sich nicht notwendigerweise ihr Benefit schon in dieser zeigen (es wäre andererseits auch nicht der Untergang der Wissenschaft, wenn dieser sich mit deren Methoden belegen lassen würde). Die Stimmung in der wissenschaftlichen Welt kann gut durch die durchaus

emotional geführte Diskussion im New England Journal of Medicine veranschaulicht werden, in der kritische Stimmen<sup>7-9</sup> den befürwortenden in etwa die Waage halten<sup>10-16</sup>.

Das Thema der Religiosität in Zusammenhang mit der Psychiatrie erzeugt eine starke Ambivalenz (vergleichbar mit Themen wie „Euthanasie“ oder „Intelligentes Design“), die sich letztlich in einer starken Spaltung auch unter den Wissenschaftlern äußert. Diese Ambivalenz könnte man mit der Angst nach einem neuen Konflikt Religion – Wissenschaft deuten, die mancherorts vielleicht Erinnerungen an den Fall Galileo Galilei wecken. In der Tat findet sich für fast jede Meinung in diesem Feld irgendein „wissenschaftlicher“ Beleg. Die Datenlage ist schier unüberschaubar: inzwischen finden sich etwa 33.800 wissenschaftliche Artikel zu diesem Themenkreis in der allgemeinen medizinwissenschaftlichen Datenbank Medline (Suchbegriffe „religio“, „spiritual“ und „pray“); bei Einschränkung der Suche dieser Begriffe im Titel der jeweiligen Papers sind noch immer 5.700 Arbeiten gelistet.

Da die vorliegende Arbeit keine religionspsychologische, religionssoziologische oder religionswissenschaftliche, sondern eine psychiatrische Abhandlung ist, kommen aus diesem Grund in erster Linie wissenschaftliche Publikationen aus dem psychiatrischen Bereich zur Sprache. In der Psychiatrie als medizinischer Wissenschaft kann man erfreulicherweise dank des peer review-Systems die medizinwissenschaftlichen Journale nach deren internationaler Relevanz (Impact) einteilen; dieses System erlaubt eine relativ genaue Einschätzung der Qualität einer Publikation (aufgrund der entsprechenden Strenge des peer review-Systems). In der Tat haben es recht wenige der psychiatrischen Studien mit dem Thema Religiosität geschafft, in entsprechend gewichtigen Zeitschriften publiziert zu werden. Das mag natürlich zum Teil am Desinteresse des wissenschaftlichen Feldes liegen (das Thema liegt mit Sicherheit nicht im Zentrum der heutigen Mainstream-Psychiatrie),



zum Teil aber auch an einer mangelhaften Methodik mit schwärmerisch-überzogenen Schlussfolgerungen. In diesem Übersichtsartikel sollen in der Folge die besagten Studien aus internationalen Top-Journalen (Top 10%; Impact factor > 4) vorgestellt werden, um den Bias einer intentionsgeleiteten Wissenschaft zu vermeiden. Auch ist besonderes Augenmerk darauf gelegt worden, hochrangige Studien beiderlei Resultats einzubeziehen, sofern solche entsprechend publiziert wurden.

## Religion, Religiosität und Spiritualität

In der Psychiatrie herrscht heute kein Konsens über die Definition dieser drei Begriffe, wenngleich sie vielfach Verwendung finden. Zwischen den genannten Termini finden wir einerseits verschwimmende Grenzen, andererseits bezeichnen sie bei verschiedenen Autoren schlichtweg unterschiedliche Realitäten. So wird gerade der Terminus „Spiritualität“ in verschiedenen Disziplinen vielfach andersartig definiert. Theologisch ist Spiritualität der gemeinsame Geist eines Ordens oder einer Bewegung, in psychologisch-wissenschaftlichen Publikationen eher etwas die Subjektivität des religiösen Lebens Betonendes, während Religiosität mehr die Nähe zu einer organisierten Religion andeutet. Im Anschluss folgen Definitionsansätze aus der Psychiatrie, die sich nicht notwendigerweise mit denen anderer Disziplinen (etwa der Religionswissenschaft) decken müssen.

*Religion* ist nach SIGMUND<sup>17</sup> „ein Glaubenssystem der Beziehung des Menschen zum Übernatürlichen, das Gottesdienste, heilige Schriften und eine organisatorische Struktur für Glaubenspraxis und Zusammenhalt der Mitglieder beinhaltet“. Der US-Psychiater David B. LARSON, Vorreiter einer wissenschaftlichen Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Religiosität und Gesundheit, definiert Religion als „organisiertes System von Glauben, Praxis und Symbolen, das helfen soll, einer höheren

Macht näherzukommen; Religion fördert die Beziehung zum und die Verantwortung für den Nächsten in einer Gemeinschaft“<sup>18</sup>. Eine weitere, mehr religionspsychologische und soziologische Definition bezeichnet Religion als ein „überindividuelles System transzendierender Werte von unterschiedlichem Organisations- und Institutionalierungsgrad“<sup>19</sup>. Den großen christlichen Konfessionen würde hier ein hoher Organisations- und Institutionalierungsgrad zuzusprechen sein. Die bloße Zugehörigkeit zu einer Religion wurde in manchen psychiatrischen Studien erhoben, doch ist die psychiatrische Verschiedenheit spezifischer Religionszugehörigkeiten nicht Thema dieser Abhandlung. Denn nicht jedes Mitglied einer Religionsgemeinschaft verfügt aufgrund seiner Mitgliedschaft auch schon über messbares religiöses Verhalten; dies ist offensichtlich das soziologische Schicksal der großen Religionsgemeinschaften in allen Kulturen (Stichwort „Taufscheinchristen“).

*Religiosität* wird manchmal als „Sammelbegriff für religiöses Bewusstsein, Erleben und Verhalten“ definiert, wobei der Begriff „auf eine gewisse persönliche Einstellung zur Religion“ abzielt<sup>19</sup>. Die Religiosität hat enge Verbindung zur Religion; eine entsprechende Praxis, die ohne sie nicht in dieser Form gegeben wäre (d. h. konkretes Gebet, moralische Standards), ist Voraussetzung. Ein folgenloser Glaube an ein „höheres Wesen“ wäre nach dieser Definition nicht religiös. Die weitere Unterscheidung mancher englischsprachiger Autoren zwischen „religiosity“ und „religiousness“ (etwa Religiosität und Religiössein, oder auch öffentliche und innerliche Glaubenspraxis) würde auf soziales (z. B. Messbesuch) bzw. innerliches (persönliches Gebet) Ausüben der Religion abzielen. Hier erscheint uns wichtig anzumerken, dass sich zwar Religiosität (und nicht nur die öffentliche Form) prinzipiell außerhalb einer Religionsgemeinschaft entfalten kann, in der Praxis diese sich jedoch größtenteils innerhalb dieser organisierten Grenzen findet (nahe liegend,

da die Religion die Religiosität schützt, fördert und organisiert). Meist erfolgt der Austritt aus der Religionsgemeinschaft nach Verlust der Religiosität, und nicht aufgrund finanzieller Engpässe oder religiöser Streitfragen.

Die Quantifizierung und Unterteilung der Religiosität ist ein breites Feld der Forschung geworden. KENDLER und Mitarbeiter<sup>20</sup> verwendeten 1997 für ihre Studie zehn Fragen: Zahl der Gottesdienstbesuche; Wichtigkeit des Glaubens; religiöse Motivation; Frequenz der Gespräche mit dem Seelsorger; Frequenz des privaten Gebetes; Zufriedenheit mit dem religiösen Leben; Glaube an Gott; Glaube, dass Gott belohnt und bestraft; Glaube, dass man wiedergeboren ist und wörtlicher Glaube an die Bibel. Deutlich merkt man an diesen Fragen den freikirchlichen Hintergrund der USA. Sechs Jahre später erfolgte von derselben Arbeitsgruppe eine bahnbrechende Spezifikation mit 78 Fragen, die in sieben Faktoren eingeteilt sind: allgemeine Religiosität, soziale Religiosität, Gottesbeziehung, Vergeben/Liebe, Gottesgericht, Rachelosigkeit und Dankbarkeit. Jede einzelne Frage hat im Original zwischen 4 und 6 Antwortmöglichkeiten. Dieser Fragenbogen ist bemerkenswert ausführlich und vollständig, auch in Anbetracht der Tatsache, dass es in der Zwischenzeit wohl mehr als 140 Fragebögen zur Evaluation der Religiosität gibt<sup>21</sup>. Aus diesem Grunde ist er im Originaltext in Liste I reproduziert.

*Spiritualität* wird im Lexikon der Psychologie definiert als „vom Glauben getragene geistige Orientierung und Lebensform, die im Gegensatz zur vorherrschenden materialistisch-mechanistischen Weltanschauung steht“<sup>22</sup>. Nach dieser Definition wäre die Spiritualität der Religiosität gleichzustellen, was einige Autoren auch tatsächlich tun<sup>23</sup>. Andere meinen, Spiritualität sei „charakterisiert durch den Versuch, des Lebens letzte Fragen und dessen Sinn zu verstehen“<sup>18</sup>. Es hat sich allerdings in den letzten Jahren vorwiegend in der europäischen psychiatrischen/psychotherapeutischen Literatur eine Tendenz gebildet,

„nicht-religiöse Spiritualitäten“ anzuerkennen und zu erfassen. In diesem Sinn meinen MÖLLER & REIMANN<sup>19</sup>, Spiritualität hätte „transzendierende Selbstreflexion zum Gegenstand und schließt insoweit religiöses Denken ein, beschränkt sich aber keineswegs auf dieses“. Hier kann, aber muss keine persönliche Verbindung mit Religion vorhanden sein. Man könnte Spiritualität auch als „persönliche, sinnstiftende Grundeinstellung“ sehen, der es um die „Ausrichtung auf allgemeine, sinnlich nicht erfassbare, sondern für die Einstellung zur materiellen Wirklichkeit maßgebliche Konzeptbildung“ geht<sup>19</sup>. Die „Erfahrung der Transzendenz“ steht hier im Mittelpunkt, ohne das Konzept eines personalen Gottes und die Beziehung des Menschen zu ihm (Gebet) notwendigerweise zu beinhalten, ohne praktische Folgen dieser „Erfahrung“ im täglichen Leben (Glaubenspraxis). Weniger blumig könnte man dieses Konzept der Spiritualität als den Versuch der säkularisierten Welt ansehen, einen Rest von Innerlichkeit und Transzendenz zu bewahren, zu behaupten oder zu rekonstruieren. Dieser Begriff beinhaltet keine persönliche Konkretisierung im täglichen Leben und ist ein wissenschaftlich schwer fassbares Konstrukt (konnte z.B. in einer qualitativ hochrangigen Studie nicht von Religiosität abgegrenzt werden, da es an geeigneten Messinstrumenten mangelt<sup>20</sup>). Wenige Studien mit so verstandener Spiritualität liegen vor; von ihr ist in dieser Abhandlung nicht weiter die Rede.

So kann, um zusammenfassend ein Beispiel aus unserem Kulturkontext zu bemühen, jemand aus einer Kirche (Religion) austreten, und noch zum Gott der Bibel beten (Religiosität), oder aber nicht mehr an diesen Gott glauben, aber doch eine „höhere Macht, die uns alle leitet“ für wahr halten (Spiritualität). Meist findet man Religiosität jedoch innerhalb der Glaubensgemeinschaften, außerhalb verdünnt es sich sehr schnell zur nicht-religiösen „Spiritualität“. Der praktische Deismus (Gott ist der große Uhrmacher, der sich nicht für uns interessiert; d. h. man lebt als gäbe es

ihn nicht) würde unter Spiritualität und nicht unter Religiosität fallen.

## Religiosität in der Medizin

Nicht nur manche Kollegen, sondern auch viele Patienten wünschen sich ein Thematisieren der Religiosität von ihrem behandelnden Arzt. Die US-Amerikaner MAUGANS und WADLAND<sup>24</sup> berichten, dass 40% der Patienten in ihrer Studie den Wunsch geäußert hätten, mit ihrem Arzt über spirituelle Themen zu sprechen. Nach EHMAN et al.<sup>25</sup> würden zwei Drittel der Patienten es wünschen, im Falle einer schwereren Krankheit von ihrem Arzt auf ihren Glauben angesprochen zu werden. Ja, der Arzt kann am Bett Schwerkranker (und nicht nur dort) mit der Bitte um Gebet konfrontiert werden<sup>26</sup>, eventuell sogar mit der Bitte um gemeinsames Gebet<sup>27</sup>. Selbstredend, dass solche Berichte aus dem Land der unbeschränkten Möglichkeiten kommen. KING und BUSHWICK<sup>28</sup> berichten sogar, dass 48% der Patienten (die sie interviewt haben) angaben, dass sie ein gemeinsames Gebet mit ihrem Arzt wünschen würden.

Ein konkreter Vorschlag lautet nun, insbesondere bei schwerkranken Patienten eine „spirituelle Anamnese“ zu erheben<sup>29</sup>. Eine Task Force des American College of Physicians schlägt von offizieller Seite (American Society of Internal Medicine) vier einfache Fragen vor, um dies bei Schwerkranken zu thematisieren: „Ist der Glaube (Religion, Spiritualität) wichtig für Sie in dieser Krankheit? War der Glaube (Religion, Spiritualität) in manchen Zeiten Ihres Lebens wichtig für Sie? Haben Sie jemanden, mit dem Sie über religiöse Belange sprechen können? Würden sie hier gerne mit jemandem über den Glauben reden?“<sup>30</sup>. Die weitere Vorgangsweise würde, wie in der Medizin allgemein üblich, sehr von den Antworten des Patienten abhängen. Wenn der Patient religiöses Desinteresse kundgetan hätte, würde der Arzt dann sonstige Coping-Strategien mit dem Patienten erörtern. Wenn aber der Patient seine religiöse Welt als

hilfreich in der Krankheitsverarbeitung erlebt, würde der Arzt diese entsprechend unterstützen. Auch könne mit diesen Informationen ein Seelsorger eingebunden werden<sup>10</sup>.

Die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist wegen ihren klinischen Besonderheiten (die Patienten sind bis zum letzten Atemzug bei vollem Bewusstsein, meist relativ jung und kognitiv nicht beeinträchtigt) im Bezug auf Lebensqualität und Religiosität von verschiedenen Forschungsgruppen besonders gut untersucht<sup>31-35</sup>. Diese Studien zusammenfassend konnte Religiosität bei ALS Patienten zwar nicht das Leben verlängern, aber die Lebensqualität signifikant heben.

Doppelblindes Gebet (christlich, moslemisch, jüdisch und buddhistisch) hatte keinen Einfluss auf die Nebenwirkungen eines perkutanen Koronarkatheters in einer prominenten, rezent im Lancet veröffentlichten Studie mit 748 Patienten<sup>36</sup>. Allerdings kann man sich aus religiöser Sicht fragen, welcherart ein Gebet ist, das nur (doppelblind!) gesprochen wird, um vor der Welt als wirksam dazustehen. Vorausgegangene Studien ohne doppelblindes Design bei vergleichbarem Patientengut ergaben jeweils positive Ergebnisse<sup>37-39</sup>.

Zwei, auch von kritischen Stimmen<sup>8</sup> als ausgesprochen reliabel eingeschätzte Studien haben den Besuch der Sonntagsmesse (oder deren jeweiligen Äquivalentes) als lebensverlängernd bezeichnet<sup>40,41</sup>. Es erscheint heute in der Tat wissenschaftlicher Konsens zu sein, dass religiöses Engagement und längere Lebenszeit korrelieren<sup>42</sup>, da spätere Studien die Ergebnisse bestätigen konnten<sup>43,44</sup>. Über die Gründe desselben gibt es allerdings breiten Dissens. Manche Studien fanden einen kürzeren stationären Aufenthalt nach Koronarybypassoperation<sup>45</sup>, längere Wegstrecken nach Hüftoperationen<sup>46</sup> und weniger stationäre Aufenthaltstage auf Geriatrien<sup>47</sup>; obwohl auch negative Ergebnisse vorliegen<sup>48</sup>. In einer Studie von 811 geriatrische Patienten<sup>23</sup> konnte Religiosität die Anzahl der stationären Tage auf einer Akutaufnahme zwar nicht reduzie-

**Factor 1: General religiosity**

1. I ask God to help me make important decisions.
2. I feel that without God, there would be no purpose in life.
3. Spiritual experiences are important to me.
4. My faith in God helps me through hard times.
5. I feel like I can always count on God.
6. I try to live how God wants me to live.
7. I consider myself to be a very spiritual person.
8. My faith in God shapes how I think and act every day.
9. I help others with their religious questions and struggles.
10. Every day I see evidence that God is active in the world.
11. I seek out opportunities to help me grow spiritually.
12. I take time for periods of private prayer or meditation.
13. I feel surrounded by God's love every day.
14. In general, how important are your religious or spiritual beliefs in your daily life?
15. To what extent are you conscious of some religious goal or purpose in life that serves to give you direction?
16. When you have problems or difficulties in your family, work, or personal life, how often do you seek spiritual comfort?
17. How satisfied are you with your spiritual life?
18. Other than at mealtime, I pray to God privately.
19. I feel God's presence.
20. I find strength and comfort in my religion.
21. I feel deep inner peace or harmony.
22. I feel God's love for me, directly or through others.
23. I am spiritually touched by the beauty of creation.
24. I think about how my life is part of a larger spiritual force.
25. I work together with God as partners to get through hard times.
26. I look to God for strength, support, and guidance in crises.
27. I try to find the lesson from God in crises.
28. I try to make sense of the situation and decide what to do without relying on God.
29. I confess my sins and ask for God's forgiveness.
30. To what extent is your religion involved in understanding or dealing with stress situations in any way?

**Factor 2: Social religiosity**

1. I know I can count on people from my church when I need help.
2. Being with other people who share my religious views is important to me.
3. My friends and I often talk about religious matters.
4. Most of my best friends are religious.
5. I like to worship and pray with others.
6. I go to Sunday school often.
7. Most of my best friends go to church.
8. I often attend church activities such as Bible study and choir practice.
9. How often in the last year did you attend religious services?
10. I believe that smoking marijuana is a sin.
11. I believe drinking alcohol is a sin.
12. I believe that smoking cigarettes is a sin.

**Factor 3: Involved God**

1. I believe in God.
2. I know that God loves me just as I am.
3. I believe that God often responds to the individual prayers of men and women.
4. I believe that God is very interested in the day-to-day lives of men and women.
5. Do you believe in God or in a universal spirit?
6. I question whether God really exists (scored negatively).

**Factor 4: Forgiveness/love**

1. I try to live by the saying "love thy neighbor as thyself."
2. I can forgive even if someone hurts me on purpose.
3. I try to care for other people even if I don't really like them.
4. I believe that you have to care about people regardless of how they treat you.
5. Even when it is difficult, I try to forgive other people who have hurt and offended me.
6. I try to be forgiving toward other people.
7. I feel deep love for the world and all the creatures in it.

**Factor 5: God as judge**

1. I believe that God has a lot of rules about how people should live their lives.
2. I believe that God can be counted on to reward goodness and punish evil.
3. I believe God is very strict.
4. I believe God will punish me if I do something wrong.
5. Do you believe that this God or universal spirit observes your actions and rewards or punishes you for them?
6. I feel that stressful situations are God's way of punishing me for my sins or lack of spirituality.
7. The Bible is the actual word of God and is to be taken literally word for word.

**Factor 6: Unvengefulness**

1. It is all right to get back at someone who hurts or offends you (scored negatively).
2. I believe that if I do a lot of wrong things, God will stop loving me (scored negatively).
3. The only person I have to thank for what I have received in life is me (scored negatively).
4. When someone hurts me, I want to get whatever revenge I can (scored negatively).
5. If people are not kind to me, I am not going to be kind to them (scored negatively).
6. People tell me that I am not grateful enough for what I have in life (scored negatively).
7. When someone hurts or offends me, I can only get over it when I have figured out how to get my revenge (scored negatively).
8. When I look at the world, I don't see much to be grateful for (scored negatively).

**Factor 7: Thankfulness**

1. I feel thankful for what I have received in life.
2. I feel grateful nearly every day.
3. I express anger at God for letting terrible things happen (scored negatively).
4. I wonder whether God has abandoned me (scored negatively).

ren, allerdings doch die Aufenthaltstage in einer Langzeiteinrichtung.

## Religiosität in der Psychiatrie: die Datenlage

Die großen Krankheitsbilder der Psychiatrie sind in der WHO Klassifikation<sup>49</sup> vereinfacht ausgedrückt die Demenzen, Suchterkrankungen, Schizophrenie, Depression/Suizid, Manie, Neurosen (Phobien, Panik, generalisierte Angst, Zwang), Essstörungen, Sexualstörungen und die Persönlichkeitsstörungen. Für eine Reihe dieser Erkrankungen (wie Demenz, Schizophrenie, Manie, Essstörungen, Sexualstörungen und Persönlichkeitsstörungen) liegen praktisch keine methodisch ernstzunehmenden Studien in Bezug auf die Religiosität vor, für andere ist die Evidenz durch hochrangige Studien schon ausreichend, um eine Aussage zu treffen (Suchterkrankungen, Depression und Suizid), für eine dritte Gruppe ist einiges Material vorhanden, aber die Datenlage reicht nicht zu einem Urteil, weil sie einerseits widersprüchlich und andererseits qualitativ nicht ausreichend ist (Angststörungen, Zwangsstörungen).

Die wohl umfangreichste und methodisch sauberste Studie wurde 2003 vom renommierten Psychiater Kenneth S. KENDLER und

Mitarbeitern im American Journal of Psychiatry veröffentlicht<sup>50</sup>. Bei 2.616 Männern und Frauen wurde ein 78 Fragen beinhaltender Fragebogen appliziert (siehe Liste I). Signifikant waren Geschlecht (Frauen religiöser als Männer), Alter (Ältere religiöser) und Bildungsstand (höhere Bildung religiöser) mit der Religiosität assoziiert. Interessanterweise waren Frauen in sechs von sieben Faktoren religiöser, nur beim Faktor „Gottesgericht“ zeigten sich die Männer eifriger. Die sieben Faktoren der Religiosität wurden nach statistischer Korrektur für Geschlecht, Alter und Bildungsstand gegen das Lebensrisiko von neun verschiedenen psychiatrischen Krankheiten hochgerechnet. Fünf Diagnosen wurden als internalisierende (Depression, Phobien, Angststörung, Panikstörung, Bulimie) vier externalisierenden Krankheitsbildern (Nikotinsucht, Alkoholsucht, Tablettensucht, antisoziale Verhaltensstörung) gegenübergestellt. Von den sieben Faktoren der Religiosität zeigen sich zwei protektiv gegen beide Krankheitsgruppen (soziale Religiosität und Dankbarkeit), vier Faktoren zeigen sich protektiv nur gegen externalisierende psychische Krankheiten (allgemeine Religiosität, Gottesbeziehung, Vergeben/Liebe und Gottesgericht) und ein Faktor reduzierte das Risiko für die internalisierende Gruppe (Rachelosigkeit). Die Tabellen I und II zeigen die Risikoreduk-

	internalisierende psychiatrische Krankheiten				
	Depression	Phobien	Angststörung	Panikstörung	Bulimie
Allgemeine Religiosität				#	
Soziale Religiosität	****	**	**		
Gottesbeziehung					
Vergeben/Liebe					
Gottesgericht					
Rachelosigkeit	***	*	***		**
Dankbarkeit	****	****	****		***

Tabelle I: Psychiatrische Risikoreduktion gelebter Religiosität nach KENDLER et al. 2003<sup>50</sup>  
 Reduziert Risiko: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*\*\*  $p < 0,0001$ ; Erhöht Risiko: #  $p < 0,05$

tion der einzelnen religiösen Faktoren auf die einzelnen psychiatrischen Krankheitsbilder.

Es liegt nahe, dass der Faktor der sozialen Religiosität bei KENDLER et al. über die soziale Einbindung der Gläubigen in eine Gemeinschaft mit der konsekutiv reduzierten Einsamkeit protektiv wirkt<sup>51</sup>. Die bei KENDLER gefundene Risikoreduktion der Suchterkrankungen im Allgemeinen (Alkohol, Nikotin, Tabletten, Drogen) durch Religiosität findet sich durchgängig in fast allen durchgeführten Studien<sup>52-56</sup>. Bemerkenswert ist die Risiko-steigerung der Panikstörungen durch die all-gemeine Religiosität, ein Aspekt, der bislang noch in keiner namhaften Studie untersucht wurde. Für die Analyse der Schizophrenie, der bipolaren Störung und Anorexie reichte bei dieser Studie die Datenlage nicht. Eine Studie der Spiritualität (weniger der Religio-sität) im Vergleich zur seelischen Gesundheit bei ausschließlich Männern in Vietnam fand wenig ameliorativen Effekt der Spiritualität<sup>55</sup>. Aber auch hier zeigte sich eine Korrelation mit weniger Alkoholsucht.

Bekanntermaßen ist die Suizidrate in reli-giösen Ländern niedriger<sup>57-60</sup>. Das könnte allerdings laut KELLEHER auch mit einem durch Tabuisieren verursachten Minderberichten zusammenhängen<sup>61</sup>. Eine rezent im American Journal of Psychiatry publizierte Arbeit

untersuchte bei 371 depressiven Patienten die Selbstmordgefahr; die Hälfte dieser Patienten hatte bereits einen Selbstmordversuch hinter sich. Beide Patientengruppen (religiöse und areligiöse Patienten) wiesen in dieser Studie denselben Depressionsgrad, dasselbe Ausmaß der Hoffnungslosigkeit und dieselbe Zahl sowie Qualität von belastenden Life-events auf. Trotzdem neigten areligiöse Patienten signifikant häufiger zu Selbstmordgedanken und Selbstmordversuchen als die religiöse Vergleichsgruppe<sup>62</sup>. Nicht-religiöse Patienten waren signifikant aggressiver, impulsiver und wiesen einen höheren Prozentsatz an Suchterkrankungen auf. Sie fanden weniger Gründe um zu leben und hatten weniger moralische Bedenken gegen den Selbstmord. Sie waren jünger, seltener verheiratet, hatten weniger Kinder und weniger Kontakt mit ihrer Familie. Diese Studie wird von einer Reihe von anderen Arbeiten inhaltlich unterstrichen<sup>63-69</sup>. Auch das schwächere soziale Netz von Atheisten<sup>70</sup> und die Aggressionsreduktion durch Religiosität<sup>71</sup> wurden bereits in früheren Studien beschrie-ben. Verwandte und Freunde derselben Deno-mination scheinen der stärkste protektive Fak-tor zu sein<sup>71</sup>. Zusammenfassend gibt es heute eine starke Evidenz, dass depressive religiöse Patienten aufgrund einer niedrigeren Aggres-sion und höherer moralischer Bedenken vor

	externalisierende Krankheiten			
	Nikotinsucht	Alkoholsucht	Tablettensucht	antisoziales Verhalten
Allgemeine Religiosität	****	****	****	*
Soziale Religiosität	****	****	****	*
Gottesbeziehung	**	****	***	**
Vergeben/Liebe	**		*	*
Gottesgericht		*	*	
Rachelosigkeit				
Dankbarkeit	***	***	***	

Tabelle II: Psychiatrische Risikoreduktion gelebter Religiosität nach KENDLER et al. 2003<sup>50</sup>  
 Reduziert Risiko: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; \*\*\*\* p < 0,0001

Selbstmordgedanken, Selbstmordversuchen und dem tatsächlichen Selbstmord geschützt sind, wobei weniger die konkrete Religionszugehörigkeit als vielmehr das Ausmaß der Religiosität eine Rolle spielt. Dieses statistische Faktum lässt natürlich keinen Schluss auf den jeweils konkreten Patienten zu: ein protektiver Faktor ist keine Garantie.

KÖNIG und Mitarbeiter<sup>72</sup> verfolgten den Verlauf von Depressionen bei 87 körperlich kranken älteren Patienten über annähernd ein Jahr, die bei der Hälfte der Patienten im Laufe dieser Zeit auch verschwand. Die Remission (Ende) der Depression trat bei den religiösen Patienten signifikant früher ein, allerdings nur assoziiert mit der intrinsischen Religiosität, und nicht mit der Zahl der Kirchenbesuche oder der privaten Frömmigkeit (Gebet, Meditation, Bibelstudium). Einige Studien erhielten ähnliche Ergebnisse bei gleicher Fragestellung<sup>73-76</sup>, eine andere fand eine Assoziation mit extrinsischer Religiosität<sup>77</sup>. Vergleichbare Ergebnisse wurden bei mütterlicher Religiosität gefunden, die sich sowohl bezüglich der kindlichen wie auch der mütterlichen Depression protektiv auswirkt<sup>78,79</sup>. Religiöse Bewältigungsstrategien (Coping) bei 850 körperlich kranken Patienten waren negativ mit depressiven Symptomen assoziiert<sup>80</sup>, d. h. trugen zum Wohlbefinden bei. KENDLER publizierte 1997 mit seinen Mitarbeitern<sup>20</sup> eine weitere Studie mit 1.902 weiblichen Zwillingen: je frömmere die untersuchten Frauen („personal devotion“), umso weniger neigen sie zum Alkoholismus und zum Rauchen, und mit einer schwächeren statistischen Assoziation auch zur Depression. Persönliche Frömmigkeit zeigte sich signifikant protektiv vor depressiven Life-events. Andererseits wurde kein Zusammenhang mit Angststörungen oder Essstörungen gefunden. Die Beziehung zwischen Angststörungen und Religiosität ist laut einer rezenten Metaanalyse<sup>81</sup> letztlich ungeklärt: es gibt sowohl Studien, die eine Angstreduktion durch Religiosität fanden wie auch solche, die eine Steigerung beobachteten, wie auch Studien, die keinen Effekt wahrnehmen konnten.

Sichtlich ist hier die genaue Definition von Religiosität entscheidend.

In einer Metaanalyse der wissenschaftlichen Literatur für ältere Menschen<sup>82</sup> zeigte sich, dass ältere religiöse Menschen generell über eine höhere Befindlichkeit verfügen (d. h. sich besser fühlen) als ihre nicht-religiösen Altersgenossen. Es zeigte sich weiter eine negativ proportionale Relation der Religiosität mit Depression und Suizid. Auch eine (schwache) negative Korrelation zwischen religiösen Aktivitäten und kognitiver Funktion wurde gefunden. Der Zusammenhang mit Angststörungen war widersprüchlich. Insgesamt fanden die Autoren Religiosität als schwach protektiven Faktor für die psychische Gesundheit älterer Menschen.

### **Psychiatrie und Religiosität: eine ambivalente Beziehung**

Pikanterweise sind gerade Psychiater im Vergleich zu ihrer unmittelbaren sozialen Umgebung (und damit auch zu ihren Patienten) signifikant weniger religiös<sup>83,84</sup>. Bemerkenswert ist die fast schamhaft betriebene Trennung dieser Welten, die oftmals von beiden Seiten gefördert wird. Andererseits leiden religiöse Patienten öfter unter einer latent aggressiven Einmischung ihrer Therapeuten in ihr Innenleben. Zum Topos geworden ist das Bild des weltoffenen, aufgeklärten Psychiaters (dann als Prototyp des positivistisch-objektiven Naturwissenschaftlers hingestellt) im Gegensatz zum wissenschafts- und fortschrittsfeindlichen Dorfpfarrer, der, ängstlich besorgt um das Seelenheil seiner Schäfchen und um seine intellektuelle Reputation, den Dialog verweigert. Oder, aus der anderen Warte gesehen, der Konflikt zwischen dem ewig gültigen transzendenten Weltbild und dem platten glaubensfeindlichen Materialismus des 19. Jahrhunderts. „Der Psychiater ist der Priester-Ersatz der säkularen Welt“ ist eine häufig anzutreffende Meinung in religiösen Kreisen;



oftmals als Abwehr einer fremden und als bedrohlich erlebten Gesellschaft formuliert.

Aber die Ambivalenz ist, fernab dieser Klischees, eine tatsächlich spürbare. So hält einer der wenigen deutschsprachigen Übersichtsartikel der letzten Jahre über das Thema Religiosität es für notwendig, „Spiritualität konsequent aus ihrer scheinbar zwingenden Nähe zur Religiosität zu lösen und in die Nähe anderer Begriffe wie ‚Sinnerfüllung‘ oder ‚Selbstakzentuierung‘ zu setzen“, um sie in Psychiatrie und Psychotherapie „wissenschaftlich hoffähig“ zu machen<sup>19</sup>. Den Grund des notwendigen Ablösens für die Hoffähigkeit bleiben die Autoren schuldig, da sie ihn offensichtlich für evident halten. Es ist nahe liegend, dass die Autoren Religion als Gegensatz zur Wissenschaftlichkeit erleben. Den ganzen Review-Artikel durchzieht ein Faden von Poor-Impact-Zitaten, mit deren Hilfe die Zusammenhanglosigkeit von Religiosität und psychischem Wohlbefinden gezeigt werden will, in ausgeprägtem Neglect (Neglect = neurologische Bezeichnung für eine oft halbseitige Vernachlässigung des eigenen Körpers od. der Umgebung) der hochklassigen Top-Publikationen mit gegenteiligem Ergebnis. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist auch der Versuch einer schwedischen Forschungsgruppe<sup>85</sup>, ihre Ergebnisse mit PET und Persönlichkeitstest als Beweis der materiellen Ursache alles Religiösen zu interpretieren, was durch andere Autoren kritisch hinterfragt wurde<sup>86</sup>.

In der Tat wird die Religiosität des Patienten vielfach in Psychotherapien nicht berührt, auch wenn sie einen wesentlichen Faktor seiner Innerlichkeit darstellt. Der systemimmanente Hintergrund dieses blinden Flecks ist die so genannte „wertefreie“ (oder auch „wertneutrale“) Psychotherapie, bei der der Therapeut versucht, sein Weltbild nicht in die Therapie einfließen zu lassen (ein andere Psychotherapie-Jargon wäre die „strikte weltanschauliche Abstinenz des Therapeuten“). Es würde den Umfang und Rahmen dieser Arbeit sprengen, diese „therapeutische Wertefreiheit“ kritisch zu hinterfragen (ist denn eine

tieferer menschliche Kommunikation ohne Bewertung überhaupt möglich?) In der Praxis allerdings übernimmt der Patient schnell diesen scheinbaren oder tatsächlichen Religions-Neglect des Therapeuten für die Stunden und Themen der Therapie. Damit induziert die Therapie ein Doppelleben der Seele: eine Lebenswirklichkeit kann vom Patienten nicht thematisiert werden, weil sie scheinbar „hier nicht hergehört“. Insbesondere Patienten in der Psychotherapie sind sehr sensibel auf das, was in der Therapie „keinen Platz hat“. Dieses Schweigen aber macht gewisse psychotherapeutische Lösungsmodelle unmöglich. Denn bei religiösen Menschen sind diese beiden Lebensrealitäten (Psyche und Religiosität) eng verwoben, ja untrennbar verbunden.

In den Konflikt kommen diese beiden – scheinbar so säuberlich getrennten – Welten in der Psychotherapie durch praktische Implikationen der Religiosität, vor allem im moralisch-ethischen Bereich. Diese werden von religiös unsensiblen Therapeuten bei aller Wertschätzung der Patientenwelt manchmal als verdrehte, neurotische, zwanghafte Symptome fehlgedeutet, die eben dadurch „objektiv“ seiner Behandlung bedürfen. Dass diese Behandlung nicht durch Befehle und/oder Vorschläge, sondern durch („Hinter-“)Fragen geschieht, ändert wenig an der Suggestibilität derselben. Otto Kernberg, prominenter zeitgenössischer Repräsentant einer aufgeklärten psychoanalytischen Therapierichtung, sieht zum Beispiel die Aufgabe der Psychotherapie darin, religiöse Patienten („Klienten mit formaler religiöser Ausrichtung“) auf die derart gegebene Rationalisierung selbst- und fremddestruktiver Tendenzen hinzuweisen. Im englischen Originalwortlaut<sup>87</sup>: „Psychotherapy also has to help certain patients to free themselves from the use of formal religious commitments as a rationalization of hatred and destructiveness directed against self or others“. Andererseits sieht er „reife Religiosität“ auch als möglichen Aspekt psychischer Heilung und Entwicklung – eine Religiosität, die eher Richtung Spiritu-

alität geht. Es kann im religiösen Patienten zu dramatischen Zuständen kommen, wenn der Therapeut ihm helfen will, eine seines Erachtens „reifere Religiosität“ zu erreichen. Hier ist die „wertfreie“ Therapie verlassen worden.

Psychotherapie sollte Religiosität als positive Kraft verwenden, ohne sie zu manipulieren. Sie kann bei religiösen Patienten aus meiner persönlichen Sicht in drei Punkten ihre Kompetenz übertreten und die Religiosität problematisch tangieren: die Psychologisierung der Schuld, bei der die persönliche Verantwortung verloren geht; die Mechanisierung der Sexualität, nach dem Freudianischen Prinzip der Neuroseninduktion durch sexuelle Repression und Verdrängen; sowie die Dogmatisierung des Gefühls, bei dem Werte und Bindungen an Bedeutung verlieren zugunsten einer subjektiven Befindlichkeit. Diese drei Punkte, sowie den Unterschied zwischen gesunder und ungesunder Religiosität, die Themen Aggression und Fanatismus, Versündigungswahn, Skrupel, physiologische und pathologische Schuldgefühle, angstbesetzte und angstmachende Religion sollen in einer späteren Arbeit weiter ausgeführt werden.

Der seelsorgliche Dienst wird in „psychotherapeutisch geschulten“ Sozietäten gerne (den Selbstwert hebend) - meist unterschwellig-nonverbal - als bemühter, unschuldighilfloser oder revisionistischer Dilettantismus abwertend belächelt. Das geht oftmals soweit, dass Seelsorger in der Identitätskrise zur Ich-Stärkung eine Psychotherapieausbildung beginnen, um nunmehr vor sich und der Welt (gleichfalls trickreich unterschwellig aber doch recht selbstzufrieden) zu verlautbaren, dass sie keinesfalls „nur“ Seelsorger sind, sondern vielmehr „echte Therapeuten“. Das halte ich aus dem Grund bedenklich, weil in solchen Konstellationen oftmals vor lauter Psyche die Seele außer acht bleibt. Meist ist das in der Psychotherapieausbildung Gelernte im Kopf des Seelsorgers ein mit seinem religiösen Leben schwer kompatibles Konstrukt, ein innerer Konflikt, der dann eben auch in

seinen seelsorglichen Gesprächen Ausdruck findet. Es besteht hier die Gefahr, den Glauben zu psychologisieren, das Übernatürliche zu verweltlichen, das Nicht-Messbare abzuwerten. Die Methode der Seelsorge ist nicht die Psychotherapie; psychotherapeutisches Agieren verbessert die Seelsorge nicht, sondern verfälscht sie. Der Seelsorger soll in der Lage sein, psychisch auffällige Menschen an den Fachmann weiterempfehlen, statt zum „umfassenden Heiler“ werden zu wollen.

## Konklusionen

Die Religiosität ist mit der menschlichen Psyche und dem täglichen Leben natürlicherweise eng verwoben, was – auch durch ihre Intimität – eine hohe Vulnerabilität durch psychotherapeutische Interventionen zur Folge hat. Diese Verletzlichkeit des religiösen Lebens bedarf eines in religiösen Fragen sensiblen Psychiaters, da praktisch alle psychischen Probleme bei religiösen Patienten eine religiöse Dimension besitzen. Da es nunmehr deutliche naturwissenschaftliche Hinweise gibt, dass Religiosität einen positiven Einfluss auf den psychiatrischen Krankheitsverlauf hat, scheint die Wertschätzung dieser Dimension noch dringender geraten.

Die besagte Sensibilität kann in der Praxis durch einen persönlich dem Glauben entfremdeten Facharzt nur selten aufgebracht werden. Der Therapeut muss allerdings nicht unbedingt derselben Glaubensgemeinschaft angehören, obwohl dies oftmals einen gewissen Vertrauensvorschuss gewährleistet. Auf der anderen Seite kann auch der Seelsorger ohne psychologisches Feingefühl schweres Leid verursachen: Auch mit noch so viel Gebet und verbissenem asketischen Kampf verschwindet keine Depression, von einer Schizophrenie ganz zu schweigen. Psychiatrische Symptome können zwar manchmal durch Schuld ausgelöst sein, oftmals jedoch treten sie ohne Zusammenhang mit dem moralischen Leben auf. Dieses Faktum ist besonders religi-

ösen Patienten häufig schwer näherzubringen. Psychiatrie/Psychotherapie und Seelsorge haben verschiedene Aufgabenbereiche. Dem Seelsorger geht es gemäß seinem Auftrag in erster Linie um das „Seelenheil“ des Patienten, das heißt, um eine gelungene Gottesbeziehung (mit entsprechenden Implikationen in der Glaubenspraxis und im moralischen Bereich). Ein Seelsorger, der sich nur oder primär um die Befindlichkeit seiner Klienten sorgt, vernachlässigt einerseits den wichtigsten Teil und überschreitet andererseits seine Kompetenz. Es ist für psychiatrische Patienten durchaus gefährlich, wenn der Seelsorger sich als Psychiater-Ersatz versucht. Die Trennung dieser beiden Kompetenzen ist wesentlich, ohne einen der beiden Realitäten auszublenden. Aus diesem Grund sind Seelsorger mit psychotherapeutischem Schwerpunkt eine ungesunde (weil für den Patienten und auch für den Seelsorger verwirrende) Mischung an Kompetenzen.

Die Erlangung des Seelenheils für den Patienten ist andererseits nicht die Aufgabe des Psychiaters, auch nicht des religiösen Psychiaters. Seine Aufgabe besteht in der psychischen Gesundung, prinzipiell fernab einer übernatürlichen Dimension. Der Arzt darf dem religiösen Patienten nicht zum Seelsorgerersatz werden (er kann keine Sünden vergeben, spricht nicht im Namen der Glaubensgemeinschaft, muss nicht „pastoral“ sein,...), auch wenn das der Patient manchmal durchaus wünschen kann. Offen diskutiert wird in der Literatur die Frage der Intervention in psychiatrisch-moralischen Grenzbereichen: So ergab eine Studie, dass etwa die Hälfte religiöser (evangelikaler) US-Psychiater ihren religiösen Patienten von einer Abtreibung, von homosexuellen Akten oder von vorehelichen Sexualkontakten abraten würde; etwa ein Drittel würde sogar nicht-religiösen Patienten davon abraten<sup>84</sup>. In diesen Punkten wird in Europa mit Sicherheit mehr Zurückhaltung geübt; ich persönlich halte solch eine Stellungnahme im therapeutischen Kontext für bedenklich. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Seelsorger bewahrt den Psychiater vor der vielleicht

manchmal bestehenden Versuchung, selber seelsorgliche Funktion zu übernehmen<sup>88</sup>.

#### Referenzen:

- 1 CROSSLEY D., *Religious experience within mental illness. Opening the door on research*, Br J Psychiatry (1995); 166: 284-286
- 2 SLOAN R. P., BAGIELLA E., POWELL T., *Religion, spirituality, and medicine*, Lancet (1999); 353: 664-667
- 3 KOENIG H. G., IDLER E., KASL S. et al., *Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics*, Int J Psychiatry Med (1999); 29: 123-131
- 4 LEVIN J. S., LARSON D. B., PUCHALSKI C. M., *Religion and spirituality in medicine: research and education*, JAMA (1997); 278: 792-793
- 5 MATTHEWS D. A., MCCULLOUGH M. E., LARSON D. B., KOENIG H. G., SWYERS J. P., MILANO M. G., *Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine*, Arch Fam Med (1998); 7: 118-124
- 6 LEVIN J. S., *Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal?*, Soc Sci Med (1994); 38: 1475-1482
- 7 KAUFMAN A. S., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343: 1340
- 8 SLOAN R. P., BAGIELLA E., VANDECREEK L. et al., *Should physicians prescribe religious activities?*, N Engl J Med (2000); 342: 1913-1916
- 9 SLOAN R. P., BAGIELLA E., VANDECREEK L. et al., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343: 1341-1342
- 10 KOENIG H. G., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343(18):1339-40
- 11 NICKLIN D. E., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343(18):1340
- 12 HITE R. W., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343:1340
- 13 CAMERON J. R., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343: 1340
- 14 HALL D. E., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343: 1340-1341
- 15 SUCHMAN A. L., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343: 1341
- 16 CASTRO D., LOO L. K., STOTTELMYER D. L., *Medicine and religion*, N Engl J Med (2000); 343: 1341
- 17 SIGMUND J. A., *Religion, spirituality, and spiritualism*, Am J Psychiatry (2002); 159: 2117-2118
- 18 LARSON D. B., SWYERS J. P., MCCULLOUGH M. E., *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report*, National Institute for Healthcare Research, Rockville 1997
- 19 MÖLLER A., REIMANN S., *„Spiritualität“ und Befindlichkeit – subjektive Kontingenz als medizynpsychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand*, Fortschr Neurol Psychiatr (2003); 71: 609-616
- 20 KENDLER K. S., GARDNER C. O., PRESCOTT C. A., *Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure, genetic-epidemiologic study*, Am J Psychiatry (1997); 154: 322-329
- 21 HILL P. C., HOOD R. W., *Measures of Religiosity. Religious Education Press, Birmingham, Alabama 1999*
- 22 WENNINGER G., *Lexikon der Psychologie*, Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 2002

- 23 KOENIG H. G., GEORGE L. K., TITUS P., MEADOR K. G., *Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients*, Arch Intern Med (2004); 164: 1579-1585
- 24 MAUGANS T. A., WADLAND W. C., *Religion and family medicine: a survey of physicians and patients*, J Fam Pract (1991); 32: 210-213
- 25 EHMAN J. W., OTT B. B., SHORT T. H., CIAMPA R. C., HANSEN-FLASCHEN J., *Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?*, Arch Intern Med (1999); 159: 1803-1806
- 26 GROOPMAN J., *God at the bedside*, N Engl J Med (2004); 350: 1176-1178
- 27 MARWICK C., *Should physicians prescribe prayer for health? Spiritual aspects of well-being considered*, JAMA (1995); 273: 1561-1562
- 28 KING D. E., BUSHWICK B., *Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer*, J Fam Pract (1994); 39: 349-352
- 29 Koenig H. G., *Taking a spiritual history*, JAMA (2004); 291: 2881
- 30 LO B., QUILL T., TULSKY J., *Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine*, Ann Intern Med (1999); 130: 744-749
- 31 CHIO A., GAUTHIER A., MONTUSCHI A. et al., *A cross sectional study on determinants of quality of life in ALS*, J Neurol Neurosurg Psychiatry (2004); 75: 1597-1601
- 32 WALSH S. M., BREMER B. A., FELGOISE S. H., SIMMONS Z., *Religiousness is related to quality of life in patients with ALS*, Neurology (2003); 60: 1527-1529
- 33 ROBBINS R. A., SIMMONS Z., BREMER B. A., WALSH S. M., FISCHER S., *Quality of life in ALS is maintained as physical function declines*, Neurology (2001); 56: 442-444
- 34 SIMMONS Z., BREMER B. A., ROBBINS R. A., WALSH S. M., FISCHER S., *Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function*, Neurology (2000); 55: 388-392
- 35 MURPHY P. L., ALBERT S. M., WEBER C. M., DEL BENE M. L., ROWLAND L. P., *Impact of spirituality and religiousness on outcomes in patients with ALS*, Neurology (2000); 55: 1581-1584
- 36 KRUCOFF M. W., CRATER S. W., GALLUP D. et al., *Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study*, Lancet (2005); 366: 211-217
- 37 Byrd R. C., *Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population*, South Med J (1988); 81: 826-829
- 38 HARRIS W. S., GOWDA M., KOLB J. W. et al., *A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit*, Arch Intern Med (1999); 159: 2273-2278
- 39 AVILES J. M., WHELAN S. E., HERNKE D. A. et al., *Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial*, Mayo Clin Proc (2001); 76: 1192-1198
- 40 HUMMER R. A., ROGERS R. G., NAM C. B., ELLISON C. G., *Religious involvement and U.S. adult mortality*, Demography (1999); 36: 273-285
- 41 OMAN D., REED D., *Religion and mortality among the community-dwelling elderly*, Am J Public Health (1998); 88: 1469-1475
- 42 HUMMER R. A., ELLISON C. G., ROGERS R. G., MOULTON B. E., ROMERO R. R., *Religious involvement and adult mortality in the United States: review and perspective*, South Med J (2004); 97: 1223-1230
- 43 HILL T. D., ANGEL J. L., ELLISON C. G., ANGEL R. J., *Religious attendance and mortality: an 8-year follow-up of older Mexican Americans*, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci (2005); 60: S102-S109
- 44 LARSON D. B., LARSON S. S., KOENIG H. G., *Mortality and religion/spirituality: a brief review of the research*, Ann Pharmacother (2002); 36: 1090-1098
- 45 MCSHERRY E., SALISBURY S., CIULLA M., TSUANG D., *Spiritual resources in older hospitalized men*, Social Compass (1987); 34: 515-537
- 46 PRESSMAN P., LYONS J. S., LARSON D. B., STRAIN J. J., *Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips*, Am J Psychiatry (1990); 147: 758-760
- 47 KOENIG H. G., LARSON D. B., *Use of hospital services, religious attendance, and religious affiliation*, South Med J (1998); 91: 925-932
- 48 SCHILLER P. L., LEVIN J. S., *Is there a religious factor in health care utilization? A review*, Soc Sci Med (1988); 27: 1369-1379
- 49 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, American Psychiatric Press Inc., Washington 1994
- 50 KENDLER K. S., LIU X. Q., GARDNER C. O., MCCULLOUGH M. E., LARSON D., PRESCOTT C. A., *Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders*, Am J Psychiatry (2003); 160: 496-503
- 51 PALOUTZIAN R. F., ELLISON C. W., *Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life*, in: PEPLAU L. A., PERLMAN D. (eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*, Wiley, New York 1982, S. 224-237
- 52 KOENIG H. G., GEORGE L. K., MEADOR K. G., BLAZER D. G., FORD S. M., *Religious practices and alcoholism in a southern adult population*, Hosp Community Psychiatry (1994); 45: 225-231
- 53 LARSON D. B., WILSON W. P., *Religious life of alcoholics*, South Med J (1980); 73: 723-727
- 54 MILLER L., DAVIES M., GREENWALD S., *Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2000); 39: 1190-1197
- 55 TSUANG M. T., WILLIAMS W. M., SIMPSON J. C., LYONS M. J., *Pilot study of spirituality and mental health in twins*, Am J Psychiatry (2002); 159: 486-488
- 56 GILLUM R. F., *Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: the Third National Health and Nutrition Examination Survey*, Prev Med (2005); 41: 607-613
- 57 STACK S., *The effect of religious commitment on suicide: a cross-national analysis*, J Health Soc Behav (1983); 24: 362-374
- 58 STACK S., *A comparative analysis of suicide and religiosity*, J Soc Psychol (1983); 119: 285-286
- 59 Stack S., *The effect of the decline in institutionalized religion on suicide, 1954-1978*, J Sci Study Relig (1983); 22: 239-252
- 60 BREAUULT K. D., *Suicide in America: a test of Durkheim's theory of religious and family integration, 1933-1980*, AJS (1986); 92: 628-656
- 61 KELLEHER M. J., CHAMBERS D., CORCORAN P., WILLIAMSON E., KEELEY

- H. S., *Religious sanctions and rates of suicide worldwide*, Crisis (1998); 19: 78-86
- 62 DERVIC K., OQUENDO M. A., GRUNEBaum M. F., ELLIS S., BURKE A. K., MANN J. J., *Religious affiliation and suicide attempt*, Am J Psychiatry (2004); 161:2303-2308
- 63 PAYKEL E. S., MYERS J. K., LINDENTHAL J. J., TANNER J., *Suicidal feelings in the general population: a prevalence study*, Br J Psychiatry (1974); 124: 460-469
- 64 STACK S., LESTER D., *The effect of religion on suicide ideation*, Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol (1991); 26: 168-170
- 65 HOVEY J. D., *Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants*, Psychol Rep (1999); 85: 171-177
- 66 COOK J. M., PEARSON J. L., THOMPSON R., BLACK B. S., RABINS P. V., *Suicidality in older African Americans: findings from the EPOCH study*, Am J Geriatr Psychiatry (2002); 10: 437-446
- 67 KOK L. P., *Race, religion and female suicide attempters in Singapore*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (1988); 23: 236-239
- 68 Nelson F. L., *Religiosity and self-destructive crises in the institutionalized elderly*, Suicide Life Threat Behav (1977); 7: 67-74
- 69 GREENING L., STOPPELBEIN L., *Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and white adolescents' perceived risk for suicide*, Suicide Life Threat Behav (2002); 32: 404-417
- 70 PESCOLIDIO B. A., GEORGIANNA S., *Durkheim, suicide, and religion: toward a network theory of suicide*, Am Sociol Rev (1989); 54: 33-48
- 71 STORCH E. A., STORCH J. B., *Intrinsic religiosity and aggression in a sample of intercollegiate athletes*, Psychol Rep (2002); 91: 1041-1042
- 72 KOENIG H. G., GEORGE L. K., PETERSON B. L., *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients*, Am J Psychiatry (1998); 155: 536-542
- 73 NELSON P. B., *Ethnic differences in intrinsic/extrinsic religious orientation and depression in the elderly*, Arch Psychiatr Nurs (1989); 3: 199-204
- 74 O'Connor B. P., Vallerand R. J., *Religious motivation in the elderly: a French-Canadian replication and an extension*, J Soc Psychol (1990); 130: 53-59
- 75 BRAAM A., BEEKMAN A. T., DEEG D. J., SMIT J. H., VAN TILBURG W., *Religiosity as a protective factor in depressive disorder*, Am J Psychiatry (1999); 156: 809
- 76 BRAAM A. W., BEEKMAN A. T., DEEG D. J., SMIT J. H., VAN TILBURG W., *Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: results from a community survey in The Netherlands*, Acta Psychiatr Scand (1997); 96: 199-205
- 77 ROSIK C. H., *The impact of religious orientation in conjugal bereavement among older adults*, Int J Aging Hum Dev (1989); 28: 251-260
- 78 MILLER L., WARNER V., WICKRAMARATNE P., WEISSMAN A., *Religiosity as a protective factor in depressive disorder*, Am J Psychiatry (1999); 156: 808-809
- 79 MILLER L., WARNER V., WICKRAMARATNE P., WEISSMAN M., *Religiosity and depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (1997); 36: 1416-1425
- 80 KOENIG H. G., COHEN H. J., BLAZER D. G. et al., *Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men*, Am J Psychiatry (1992); 149: 1693-1700
- 81 SHREVE-NEIGER A. K., EDELSTEIN B. A., *Religion and anxiety: a critical review of the literature*, Clin Psychol Rev (2004); 24: 379-397
- 82 VAN NESS P. H., LARSON D. B., *Religion, senescence, and mental health: the end of life is not the end of hope*, Am J Geriatr Psychiatry (2002); 10: 386-397
- 83 NEELEMAN J., KING M. B., *Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists*, Acta Psychiatr Scand (1993); 88: 420-424
- 84 GALANTER M., LARSON D., RUBENSTONE E., *Christian Psychiatry: the impact of evangelical belief on clinical practice*, Am J Psychiatry (1991); 148: 90-95
- 85 BORG J., ANDREE B., SODERSTROM H., FARDE L., *The serotonin system and spiritual experiences*, Am J Psychiatry (2003); 160: 1965-1969
- 86 HALL D. E., CATANZARO A. M., HARRISON M. O., KOENIG H. G., *Religion, spirituality, and mysticism*, Am J Psychiatry (2004); 161: 1720-1721
- 87 KERNBERG O. F., *Psychoanalytic perspectives on the religious experience*, Am J Psychother (2000); 54: 452-476
- 88 HANDZO G., KOENIG H. G., GROOPMAN J., *God at the bedside*, N Engl J Med (2004); 351: 192-193



## SCHWERPUNKT

### Macht Stress krank?

*Manfred STELZIG*

#### Zusammenfassung

Die Stressforschung unterscheidet Eustress von Distress. Eustress beflügelt, macht kreativ, neugierig, problemlösungsstark und verbessert die geistige, aber auch körperliche Leistungsfähigkeit. Ob Distress krank macht, hängt von einer Reihe von Faktoren ab. Einerseits ist die Art und Intensität der Belastungen durch die Umwelt ausschlaggebend, andererseits sind innerpsychische Faktoren entscheidend. Angeführt wird eine Reihe von Schutzfaktoren, die den krankmachenden Anteil von Distress neutralisieren können. Beschrieben werden auch die Bewältigungsmöglichkeiten bei Vorliegen von Distress.

**Schlüsselwörter:** Eustress, Distress, Somatisierungstheorie, Risikofaktoren

#### Abstract

Stress research differentiates between positive stress and negative stress, or distress. Positive stress lets one take wing and increases creativity and curiosity. It also increases the ability to solve problems and enhances mental productivity and physical ability. Whether distress causes illness or not depends on a number of factors. On the one hand, the kind and intensity of the environmental burdens are decisive; on the other hand, subjective factors might be more influential. A number of protective factors are listed which are possibly capable of neutralizing the factors of distress which cause illness. There is also a description of the possibilities for treating the aspects of distress which cause illness.

**Keywords:** eustress, distress, theory of somatization, risk factors

*Anschrift des Autors:* Prim. Dr. Manfred STELZIG, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie  
Leiter des Sonderauftrages für Psychosomatische Medizin,  
Landeskrankenhaus Salzburg  
Paris-Lodron-Straße 17/22, A-5020 Salzburg

## Definition

HÜTHER schreibt in seinem Buch „Biologie der Angst“:<sup>1</sup> „Die historische Entwicklung der Stressforschung ist geprägt von faszinierenden Ergebnissen einerseits und konzeptueller Verwirrung andererseits – bis heute existiert kein allgemein akzeptiertes Stressmodell. Der Stressbegriff ist so vielfältig gebraucht worden und in die Umgangssprache eingegangen, dass es heutzutage unerlässlich ist der Verwendung des Begriffs eine Betrachtung seiner Entstehung und Konzeptualisierung voranzustellen.“

## Eustress und Disstress

In der heutigen stressreichen Zeit wird Stress durchwegs mit negativen Empfindungen verbunden. Stress fördert aber auch Entwicklungsmöglichkeiten, bedeutet im richtigen Ausmaß eine Verstärkung von seelisch-körperlichen und geistigen Funktionen.

Der große Schmerzforscher Hans SELYE definierte Stress als „unspezifische Reaktion des Körpers auf jegliche Beanspruchung“.<sup>2</sup> Er unterscheidet zwischen den beiden Begriffen Eustress und Disstress.

Eustress bedeutet Herausforderung, Auseinandersetzung, wird gespeist durch Neugierde, fördert die Kreativität und bringt eine deutliche Erweiterung der Möglichkeiten auch schwierige Situationen zunehmend besser meistern zu können. Die positive Veränderung kann durch die modernen Mittel der Hirnforschung nachgewiesen werden. In einer positiven Weise wird das Wachstum der Nervenzellen gefördert, die Synapsendichte zwischen den einzelnen Nervenzellen wird deutlich erhöht, das Nervenzellwachstum wird stimuliert, es kommt zu einer Verbesserung von Lern- und Gedächtnisleistung und zu einer verstärkten Durchblutung. Im übertragenen Sinn können wir davon ausgehen, dass das Gehirn genauso trainiert werden kann wie ein Muskel. Es kann stärker, funktionstüchtiger und wendiger werden. Das bewirkt Eustress.

Unter Disstress verstehen wir die chronische Überforderung, das Missverhältnis zwischen der Anforderung und der Möglichkeit darauf zu reagieren. Disstress beinhaltet einen krankmachenden Konflikt. Einen Konflikt zwischen leisten wollen oder leisten können und leisten müssen.

SELYE unterscheidet 4 Phasen:

1. Das allgemeine Adaptationssyndrom.
2. Die Alarmphase.
3. Die Phase des Widerstandes.
4. Die Phase der Erschöpfung.

## Das allgemeine Adaptationssyndrom (Anpassungsphase)

Auf der biochemischen Ebene können wir, sehr vereinfacht, Stress auf 2 Achsen verstehen, auf der Achse des Neurotransmittersystems Serotonin/ Noradrenalin (Nervenbotenstoffe Serotonin und Noradrenalin) und auf der Hypophysen – Cortisolachse. Das serotonerge und noradrenerge System, das Neurotransmittersystem, ist für Aufmerksamkeit, Antrieb, Kraft, Elan, Vital, Libido aber auch für Schlafen und Entspannen zuständig und versetzt den Menschen in die Lage adäquat auf psychische Belastungen zu reagieren (*Eustress*).

## Die Alarmphase

Durch weitere Belastungen, bzw. durch die Heftigkeit eines Ereignisses entsteht eine Überforderung, die sich auf der ersten Schiene als Serotonin/Noradrenalinmangelsyndrom darstellt. Das Serotonin/Noradrenalinmangelsyndrom ist gekennzeichnet durch Antriebsarmut, Konzentrationsschwierigkeiten, Libidoverlust, Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, Schmerzen am ganzen Körper, Depression und Angst, Gereiztheit.

## Die Phase des Widerstandes

Wird dieser Zustand nicht durch Gegenmaßnahmen ausgeglichen, spricht Entspannung,



Erholung, Zuwendung, Liebe, Freude, Konfliktbereinigung etc., wird zunehmend ein zweites System zugeschaltet, das ACTH-Cortisolsystem (ACTH = Adenocorticotropes Hormon ist das Steuerungshormon der Hypophyse, der Hirnanhangsdrüse, die die Ausschüttung von Cortisol aus der Nebenniere steuert). Mit diesem System in Kombination mit der Restfunktion des Neurotransmittersystems, können einige Zeit Stresssituationen kompensiert werden, allerdings schon auf Kosten der Substanz. Die Auswirkungen des Distresses sind messbar. Die Produktion von Sexualsteroiden, die eine nervenwachstumsfördernde Wirkung haben, wird unterdrückt, es kommt zu einer Verminderung der Nervenzellenfortsätze, sowohl in der Großhirnrinde, als auch in anderen Gehirnregionen und führt zu einer Verschlechterung von Denk- und Gedächtnisleistungen. Zusätzlich entsteht eine Reduktion des lymphatischen Systems, ein Abbau des Immunsystems und daraus resultierend eine Infektanfälligkeit. Zusätzlich wird durch den hohen Cortisolspiegel die Gefäßinnenwand belastet und die Cholesterinbildung verstärkt.<sup>3</sup> Der entstehende Bluthochdruck bewirkt eine weitere Schädigung der Gefäßwand und eventuell auch eine Stenose der Koronararterien.

Die Gründe, warum nicht rechtzeitig auf Erholung und natürliche Gegenregulation geachtet wird, sind vielfältig: Leistungsdruck aufgrund äußerer Umstände, unlösbare Konflikte und Überforderungen in der Familie, am Arbeitsplatz, durch die Pflege erkrankter Angehöriger, neurotische Fehlentwicklungen mit übermäßigem Leistungszwang und viele andere mehr.

Auf der psychischen Ebene ist eine Regression zu beobachten. Einerseits eine Regression im Verhalten, z. B. werden orale Mechanismen betont: Der Zigarettenkonsum steigt, weil Zigaretten angeblich beruhigen, das Gewicht steigt, weil der Stresser sich immer wieder etwas einverleiben muss bzw. sich damit beruhigen oder belohnen muss. Durch Substanzmissbrauch mit Koffein, Nikotin, Alkohol und Drogen werden das Schlaf- und Erholungsbedürfnis sowie die

normalen Warnsignale, die der Körper sendet, übertüncht oder außer Kraft gesetzt.

Es entsteht auch eine Regression auf der sozialen Ebene. Es steigt der Angstpegel, Mitmenschen werden nicht mehr als Entlastung oder Freunde erlebt, sondern als Belastung oder sogar Bedrohung. Die Folge ist sozialer Rückzug, man versucht mit sich selbst alleine klar zu kommen, das Verhalten wird immer absonderlicher.

Die Stimmung wird zunehmend gedrückt und verfärbt sich ins depressive. Auch hier wieder gibt es einen Gleichklang von Psychologie und Physiologie.

### Die Erschöpfungsphase

Der Serotonin/Noradrenalinmangel ist durch vermehrte Cortisolausschüttung eine zeitlang kompensierbar, bei weiterem Anhalten der Überlastung kommt es zur Erschöpfungsphase, in der sowohl der Cortisolspiegel, als auch die Neurotransmitter deutlich absinken. Auf der psychischen Ebene kann eine Depression oder Angststörung entstehen und auf der körperlichen Ebene ein Erschöpfungszustand mit Infektanfälligkeit und verschiedensten körperlichen Erkrankungen. Aufgrund des Abbaus des Immunsystems und des Cortisolmangels werden viele Erkrankungen begünstigt, die in der Akutbehandlung wiederum das Einsetzen von Cortison als Medikament erforderlich machen, wie: Asthma bronchiale, Neurodermitis, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen.

### Auswirkung des Stresses

Die Auswirkungen des Stresses sind sehr stark durch subjektive Faktoren geprägt. Was für den einen Menschen schon heftigen Distress bedeutet, bedeutet für den Anderen angenehmen Eustress. Der wichtigste Faktor ist das Training, das Bemühen des Einzelnen, sich mit neuen Situationen neugierig, mutig und kreativ auseinanderzusetzen und sich diese vertraut zu machen. Es gibt auch eine Reihe von Schutzfaktoren, die

es den Einzelnen ermöglichen, Disstress besser zu verkraften. Schutzfaktoren, die im Weiteren noch genauer beschrieben werden. Auch genetische Faktoren spielen eine große Rolle.

Bei der Analyse der Stressverarbeitungsfaktoren sind zwei Ebenen zu berücksichtigen: Die innerseelische Bühne und die äußere Bühne.

## Die innerseelische Bühne

Die innerseelische Bühne ist stark geprägt durch frühe kindliche seelische Erfahrungen, vorrangig durch die Beziehung zu den frühen Bezugspersonen, seien es die Eltern und andere Personen.

Schon vom frühesten Säuglingsalter an und schon vor der Geburt ist die Psychodynamik mit zu berücksichtigen. Der Ungeborene und der Säugling werden mit Botschaften konfrontiert, die transzendenten Rollen entsprechen: „Wir freuen uns, dass du kommst, wir freuen uns, dass es dich gibt“. Hier sehen wir also die tiefste Stufe der Somatisierung, das prinzipielle willkommen sein, die prinzipielle Botschaft des „ich freue mich, dass Du da bist, ich bin stolz auf dich, du bist o.k., du bist gesund, ich habe Zeit für dich“, verbunden mit primärer Liebesfähigkeit, primär Vertrauen finden, Entspannung und einem sehr frühen Sich-selbst-wohl-Fühlen.<sup>4</sup>

Damit wird dem Kind die existentielle Berechtigung des Lebens auf der Rollenebene gegeben. Auf der Ebene des Rolleninventars werden Rollen aktiviert, die im Kind als Botschaften ankommen: „Ich bin willkommen, ich bin gewollt, ich bin geliebt“. Dies sollte die früheste Rolleninduktion von der Umgebung in dem Kind sein. Das Urvertrauen als wichtigster innerseelischer protektiver Faktor für Disstress wird aufgebaut.

## Die De- und Re-Somatisierungstheorie nach Max SCHUR

Protektive Faktoren beschreibt auch Max SCHUR in seiner De- und Re-Somatisierungs-

theorie. Er zeigt, dass in der Entwicklung des Menschen zu unterschiedlichen Zeiten bestimmte Organsysteme im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen. In der Zeit des Säuglings stehen die Haut und die Organe zur Nahrungsaufnahme im Mittelpunkt des Interesses. Schon FREUD hat von der oral-dermatalen Phase gesprochen. In dieser Zeit ist es besonders wichtig, dass diese Organsysteme in ausreichendem Maß Beachtung finden, so zu sagen „beseelt“ werden. Durch streicheln, lieblosen, salben etc. wird die Haut widerstandsfähig und ist für kommende *Stressanforderungen gerüstet*.

Es ist ganz faszinierend wie Eltern intuitiv erfassen, wie wichtig der Hautkontakt für Kinder ist. Sie Herzen und küssen, streicheln und salben die Kinder, sie kitzeln und spielen „krabbelt ein Mäuschen übers Häuschen...“, sie spielen Bauch blasen und Zehen knabbern und erreichen so ein hohes Maß an positiver Energie, Ausgelassenheit, Freude, Verbundenheit, Herzlichkeit und Vertrauen. So wird dieses Organsystem mit positiver Energie, mit positiven Bildern und Szenen aufgeladen und abgesichert, die frühesten innerseelischen Schutzfaktoren gegen Disstress. Nach einer gewissen Zeit lässt die Aufmerksamkeit in Bezug auf dieses Organ nach, Max SCHUR spricht von Desomatisierung. In der oralen Phase sind Mund, Magen und Verdauungsorgane im Mittelpunkt. Es folgen der Bewegungs- und Stützapparat. So werden alle Organe „beseelt“.

Sind Organe nicht ausreichend positiv libidinös besetzt und damit nicht *stressresistent*, kann es in Phasen besonderer psychischer Belastungen zur Resomatisierung kommen, d. h. dass sich das defizitäre Organsystem in Form einer psychosomatischen Erkrankung „zu Wort“ meldet.

Auch das „Organgedächtnis“ oder das „Schmerzgedächtnis“ sind auf diese Weise verstehbar.

Aber auch wenn Menschen *nicht* auf positive Erfahrungen in der Kindheit zurückgreifen können, haben sie positive Szenen von Natur

aus in sich gespeichert. Sie können aktiviert werden durch Filme, positiv berühren, Bilder. Der Mensch hat von Natur aus eine Vorstellung von guten Eltern und guten Szenen mit den Eltern. Auch dies ist ein wichtiger innerseelischer *Schutzfaktor gegen Distress*. So ist es gut erklärbar, dass Menschen, die eine triste Kindheit erlebt haben, durchaus liebevolle Eltern zu ihren eigenen Kindern sein können. Diese Fähigkeit ist aber nicht nur auf die Mitmenschen anzuwenden, sondern es ist notwendig die eigenen inneren Szenen zu korrigieren, um auch für sich liebevoll sorgen zu können, was Menschen mit einer belasteten Kindheit oft deutlich schwerer fällt.

BOWLBY hat in seiner Bindungstheorie die Wichtigkeit des erfüllten Bindungsbedürfnisses betont. „Das Bindungsbedürfnis des Menschen ist Teil seines evolutionären Erbes. Was aus diesem genetisch determinierten Bindungsbedürfnis eines Neugeborenen wird, entscheidet sich ganz wesentlich in der Beziehung zur primären Bezugsperson. Deren Feinfühligkeit, d. h. prompte und in Bezug auf die Entwicklungsphase angemessene Reaktionen auf die Signale des Säuglings, bedingt wesentlich, ob sich nach 12 bis 18 Monaten ein sicheres oder eine Form unsicheren Bindungsverhaltens entwickelt.“<sup>5</sup>

EGLÉ et al. schreiben dazu weiter:<sup>6</sup> „Danach ist es für die frühe Entwicklung ganz offensichtlich bedeutsam, dass neue Stimuli im Hinblick auf das Entwicklungsstadium des Säuglings bzw. Kleinkindes adäquat präsentiert werden. Schon bei Säuglingen und Kleinkindern geht eine sichere Bindung mit einer besseren, eine unsichere Bindung mit einer schlechteren Stressverarbeitung einher. Trifft das biologisch determinierte Bindungsbedürfnis des Neugeborenen auf mütterliche Verfügbarkeit und Feinfühligkeit (z. B. responsive Mimik der Mutter), so aktiviert dies nach den Ergebnissen psychobiologischer Studien dopaminerge Fasern (Dopamin ist ein Nervenbotenstoff) im Hirnstamm.<sup>7</sup> Es kommt zu einer Ausschüttung von Endorphinen, welche den Säugling soziale

Interaktionen und soziale Affekte als angenehm erleben lassen. Daraus entwickelt sich ein sicheres Bindungsverhalten, welches das Gehirn, vor allem den Hippocampus (eine Gehirnregion, die in besonderer Weise in das Gefühlsleben involviert ist) und orbitalen Cortex präfrontalis vor Schädigungen als Folge von Stresshormonausschüttungen (Glucocorticoide wie z. B. Cortisol bzw. Noradrenalin/Dopamin) schützt. Auf diesem Wege führt eine sichere Bindung also zu einer Erhöhung der Stressschwelle, d. h. einer besseren Dämpfung der Stressantwort über Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)- und Locus Coeruleus-Norepinephrine (LC-NE)-Achse (Nervenbotenstoffregelsystem).“

Tierexperimentell kann ein postnatales Fürsorgeverhalten (besonders intensives Lecken) seitens der primären Bezugsperson die Folgen genetisch determinierter Stressvulnerabilität ebenso wie embryonaler Stresseinwirkung im Hinblick auf erhöhte Ängstlichkeit und Aktivität der HPA-Achse sowie Einschränkungen von Körpergewicht, -größe und Nahrungsverhalten wieder kompensieren.<sup>8</sup>

Den chronischen Belastungsfaktoren, die die innere Bühne mitbestimmen, haben die ACE-Forscher, allen voran FELLITI und EGLÉ, Schutzfaktoren gegenübergestellt:<sup>9</sup>

- Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Sicheres Bindungsverhalten
- Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen
- Entlastung der Mutter (v. a. wenn alleinerziehend)
- Gutes Ersatzmilieu nach früherem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Internale Kontrollüberzeugungen, self-efficacy
- Soziale Förderung (z. B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
- Verlässlich unterstützende Bezugsperson(en) im Erwachsenenalter

- Lebenszeitlich spätere Familiengründung (i. S. von Verantwortungsübernahme)
- Geringe Risiko-Gesamtbelastung
- Geschlecht: Mädchen weniger vulnerabel

### Die vegetative oder Organ-Neurose nach

**Franz ALEXANDER**

Für die unterschiedlichen Formen der Stressverarbeitung führte Franz ALEXANDER die Begriffe vegetative Neurose bzw. Organneurose ein.<sup>10</sup>

Jede Emotion bewirkt im Körper eine vegetative Reaktion und Mitbeteiligung. Angst wirkt sich auf den Herzschlag, auf die Atmung, auf die Schweißsekretion, auf die Verdauung etc. aus. Ebenso wirkt sich Ärger auf Herzschlag, Blutdruck etc. aus. Diese vegetative Beteiligung ist äußerst wichtig, um auf die Anforderungen der Umwelt körperlich reagieren zu können. Von entscheidender Bedeutung ist jedoch, dass keine Stauungsprozesse entstehen. Emotionen, die nicht abgebaut werden können, die in sich hineingefressen werden, die nicht durch positive Gefühle unterbrochen und abgelöst werden, bewirken chronischen Distress mit den Folgen wie Blutdrucksteigerung, Durchblutungsstörungen und in verschiedener Weise psychosomatische Erkrankungen.

Nach Ansicht Franz ALEXANDERS führt ein unbewusster Konflikt im Zuge einer neurotischen Fehlentwicklung dazu, dass eine auf Außenobjekte gerichtete Handlung unterlassen wird. Die emotionale Spannung kann so nicht abgeführt werden, während die begleitenden vegetativen Veränderungen aufrecht bleiben. Durch den nicht bearbeiteten unbewussten Konflikt entsteht eine klassische *Distresssituation*.

Im zweiten Schritt könne es dann auf der Basis eines Dauersympathikotonus (Sympathikus = Teil des vegetativen Nervensystems) mit Engstellung der Gefäße, Vergrößerung des Herz-Minuten Volumens zur Hypertonie zu Gewebsveränderungen und irreversiblen organischen Erkrankungen kommen.

Im Wissen um diese Phänomene ist es notwendig zwischendurch wieder zur Ruhe,

zur Entspannung, zu Freude zu kommen, Emotionen im Zusammensein mit anderen Menschen abbauen, Sorgen und Wut mitteilen zu können, das Herz auszuschütten und so zu einer Entlastung zu finden. Auch das körperliche Abreagieren sollte neu überdacht werden. Bei Kindern ist der Zusammenhang zwischen Fühlen und Bewegen augenscheinlich. Im Laufe des Erwachsenwerdens unterdrücken wir immer mehr die körperlichen Möglichkeiten Stauungsprozessen entgegen zuwirken.

### Die äußere Bühne

Der überfordernde Stress, der auf einen Menschen einwirkt, kann von verschiedener Seite her bedingt sein: Durch akute Ereignisse, die oft schicksalhaft sind:

- Verlust von Familienmitgliedern durch Katastrophen, Unfälle, Lawinen, Erdbeben, etc.
- Verlust des Arbeitsplatzes, berufliches Scheitern
- Existenzielle finanzielle Bedrohung
- sexueller Missbrauch und andere Gewaltverfahrungen
- psychogene Faktoren wie: Emotionales Desinteresse, chronische familiäre Disharmonie,
- Scheidung,
- Missverhältnis zwischen Leistungsanforderung und Leistungsvermögen etc., aber auch körperliche Überforderung können zu Distress führen wie z. B. Operationen,
- chronische körperliche oder psychische Krankheit

Für die Kindheit hat EGLE eine Reihe von Risikofaktoren als Ergebnis aus den Langzeitstudien erkannt:<sup>11</sup>

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der sozialen Kontrolle (z. B. Jugendamt)
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils

- Chronische Disharmonie in der Primärfamilie
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat
- Psychische Störungen der Mutter/des Vaters
- Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter/des Vaters
- Chronisch krankes Geschwister
- Alleinerziehende Mutter
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- Längere Trennung von den Eltern in den ersten 7 Lebensjahren
- Anhaltende Auseinandersetzungen infolge Scheidung bzw. Trennung der Eltern
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule
- Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate
- Hohe Risiko-Gesamtbelastung
- Jungen vulnerabler als Mädchen

Soziale Faktoren stellen Stressfaktoren dar, die zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken. War früher der Herzinfarkt eine Managererkrankung, so betreffen heutzutage Erkrankungen im Herz-Kreislauf-System zu einem überwiegenden Prozentsatz Menschen aus sozialen Schichten, die mit Armut, Arbeitslosigkeit und sozialer Unterdrückung zu kämpfen haben, die also mit chronischem Distress konfrontiert sind.

ROSE und MARMOT konnten nachweisen, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status mit bis zu dreifach erhöhter koronarer Herzkrankheit-Inzidenz und -Mortalität belastet ist.<sup>12</sup>

Hier treffen meist mehrere Faktoren zusammen:

- Eine weniger große Möglichkeit ihre Arbeitsbelastung aktiv zu steuern
- Chronische Belastung durch finanzielle Nöte

Ungesunde Lebensweise in Form von Nikotinkonsum, Alkoholmissbrauch und ungesunde Ernährung kombiniert mit einem fatalistischen Weltbild: „Irgend etwas muss man ja von seinem Leben haben“.

KARASEK et al. und THEORELL et al. konnten zeigen, dass Menschen mit hohen Anforderungen im Berufsleben mit geringerer Kontrollmöglichkeit im Zeitraum von 10 Jahren eine 5fach höhere Inzidenz (Anzahl der neuen Erkrankungsfälle in der Zeiteinheit) zeigten, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken.<sup>13</sup>

Interessant ist es Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter dem Titel der Stresstheorie zu beachten. Depressive Menschen erleiden deutlich mehr einen Herzinfarkt, und zwar ist die Rate um das Dreifache höher. Auch hier ist die erste Phase der Neurotransmitterveränderung nicht das ausschlaggebende Moment. Entscheidend erscheint die 2. Phase zu sein, in der durch Cortisol organische Veränderungen herbeigeführt werden, die auch die Blutzusammensetzung und die Endothelien, die Innenhaut der Gefäße, negativ verändern.

### Soziale Isolation

Nach einer 15-Jahresuntersuchung an 1.368 koronaren Herzkranken haben unverheiratete Alleinlebende ein dreifach erhöhtes Sterberisiko innerhalb von 5 Jahren.<sup>14</sup>

Nach der Alameda country Studie, die 6.928 Frauen und Männer einschloss, waren Isolierte 2- bis 3mal so stark gefährdet an einem Herzinfarkt oder an anderen Todesursachen zu sterben, als sozial integrierte Menschen.

Interessant ist auch eine Untersuchung von NEREM et al., die von einer Tierstudie berichtet.<sup>15</sup> Kaninchen wurden mit einer stark cholesterinhaltigen Nahrung gefüttert. Die Kaninchenkäfige waren an einer Wand gestapelt. Als sich nach dem Beobachtungszeitraum zeigte, dass die Kaninchen in den unteren Etagen weniger ausgeprägt an einer koronaren Herzkrankheit erkrankt waren als jene aus den oberen Etagen, war die Verwunderung groß.

Als Lösung stellte sich heraus, dass die Tierpflegerin in ihrer Tierliebe die Kaninchen in den unteren Etagen regelmäßig beim Füttern gestreichelt hatte und zu den oberen Etagen aufgrund der Unerreichbarkeit nicht gekommen ist. Dies zeigt, wie sehr Zuwendung und Hautkontakt das Untersuchungsergebnis beeinflusst.

Auch die Ernährung hat als Stressor eine enorme Bedeutung, da der physiologische Ablauf in einem normal funktionierendem Körper nicht auf die durchschnittlichen Essgewohnheiten eines Mitteleuropäers eingestellt ist.

Auch von der Umwelt droht deutliche Belastung und Gefahr durch Luftbelastung, karzinogene Stoffe, Strahlen etc.

## Die Auswirkungen von chronischem Distress

EGLE et al. schreiben in dem Artikel „Früher Stress und Langzeitfolgen für die Gesundheit“<sup>16</sup> „Dass früh einwirkende biologische und psychosoziale Stressfaktoren Langzeitfolgen hinsichtlich der Vulnerabilität für eine Reihe psychischer und auch körperlicher Erkrankungen haben, wurde in einigen prospektiven Longitudinalstudien und zahlreichen retrospektiven Erhebungen belegt. Forschungsergebnisse der letzten Jahre belegten auch jene emotionalen, verhaltensbezogenen und psychobiologischen Faktoren, welche für die Vermittlung dieser Langzeitfolgen verantwortlich sind. Sie bewirken eine verstärkte Neigung zu Somatisierung und weiteren psychischen Störungen. Vor allem Angst, Depression und Persönlichkeitsstörungen führen dann zu Risikoverhaltensweisen, welche auch die Wahrscheinlichkeit für bestimmte körperliche Erkrankungen wie koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Virushepatitis, Typ 2-Diabetes, obstruktive Lungenerkrankungen ebenso wie für Gewaltverhalten erhöhen.“ Menschen mit schlechten Kindheitserfahrungen neigen auch signifikant häufig zu Substanzmissbrauch, vorrangig Nikotin und Alkohol oder auch

zu übermäßigem Kalorienverbrauch infolge von Essstörungen und daraus resultierend zu Adipositas (BMI > 35) sowie zu Depressivität und Suizidversuchen.<sup>17</sup>

## Beeinflussungsmöglichkeiten

Stressreaktionen sind unbewusste Reaktionen, die automatisch ablaufen. Geschichtlich gesehen haben sie viel mit dem Überleben des Menschen zu tun. Durch die Stressreaktionen ist der Mensch in Zehntelsekundenschnelle auf Flucht bzw. Kampf eingestellt. Trotzdem sind Stressreaktionen durch mentales Training beeinflussbar. Notwendig dazu ist es, den inneren Dialog, den ein jeder Mensch in sich führt, zu verstehen. Menschen mit schwierigen Erlebnissen in der Kindheit neigen gern zu Selbstbeschimpfungen, wenn sie in Stresssituationen geraten, und haben eine geringere Fähigkeit sich selbst zu beruhigen, Mut zuzusprechen und aufzumuntern. Dies sind Fähigkeiten, die im Rahmen einer Psychotherapie erarbeitet werden können (Selbstbeobachtungsfähigkeit). Die belastenden negativen, strafenden, elterlichen Repräsentanzen müssen ergänzt werden durch liebevolle aufbauende, trostspendende stützende und haltende Repräsentanzen. Daraus resultiert die Grundhaltung des positiven Optimismus, und unrealistische Ängste können abgebaut werden.

Es ist ein grundsätzlicher Unterschied, ob ein Mensch sich einer Panikreaktion prinzipiell öffnet oder prinzipiell in jeder Situation lösungs- und auswegorientiert ist. Dazu ist es notwendig verschiedene belastende Situationen im Kopf durchzuspielen, um so für den Ernstfall gerüstet zu sein und auch in schwierigen Situationen gelassen zu bleiben (Problemlösefähigkeit). Ebenso muss die Fähigkeit, durch Entspannungsverfahren und Bewegung bzw. sportliche Betätigung regelmäßig gezielt das Nervensystem auf „Erholungsreaktion“ umzuschalten, gelernt

werden (Entspannungsfähigkeit).

Ein Thema, das immer wieder zur Sprache kommen wird, ist das Thema der leistungsunabhängigen Liebe. In unserer Leistungsgesellschaft sind wir gewohnt uns über Leistung zu definieren. Nur beim Kleinkind ist das anders. Es wird geliebt, auch ohne dass es Leistung erbringen muss. Im Laufe des Lebens tritt die leistungsunabhängige Liebe immer mehr in den Hintergrund. Bei Erkrankungen ist es jedoch notwendig, diesen Teil einer Beziehung wieder aufzuspüren, wieder zu beleben.

Auch die Forderung nach relativer Autonomie, die in dem Satz: „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ steckt, ist zu bearbeiten. Menschen in der Krise, Menschen mit einer körperlichen oder psychischen Erkrankung erzählen oft, dass sie für andere gerackert haben und sich für sie aufgeopfert haben. Das wird ein Thema in der Psychotherapie sein müssen. Pflicht jedes Einzelnen ist, für sich selbst zu sorgen, sich selbst zu lieben und auch auf sich selbst aufzupassen. Hier haben die Männer in unserer Gesellschaft einen besonderen Nachholbedarf (siehe Wiener Männergesundheitsbericht 1999 von SCHMEISER-RIEDER und KUNZE).

UEXKÜLL u. WESIACK beleuchten das Maschinenmodell in der Medizin und fordern ein Umdenken im Sinne der Erweiterung und Öffnung hin zum biopsychosozialen Modell.<sup>18</sup> Der Psychoonkologe LESHAN führt ein sehr praxisorientiertes Bild ein, indem er dem Bild des Mechanikers das Bild des Gärtners zur Seite stellt.<sup>19</sup> Sowohl der Mechaniker, der repariert und in kurzer Zeit erfolgsorientiert handelt, ist zur Gesundung notwendig, als auch der Gärtner, der beachtet unter welchen Bedingungen mehr Kraft, Entwicklung, Wachsen, Gedeihen und Blühen möglich ist.

Auf diesem Gebiet haben wir in unserem System doch einen deutlichen Nachholbedarf. Hierin besteht auch ein Teil der Psychotherapie: Mit dem/r PatientIn gemeinsam ein Konzept zu erstellen, wie die Lebensumstände und der Lebensstil geändert werden müssen,

um genau dieses Paradigma zu erfüllen.<sup>20</sup>

Entscheidend ist das Wissen und die Notwendigkeit des sozialen Eingebundenseins der Familie und des Freundeskreises sowie Organisationen wie zum Beispiel kirchliche. Auch der Glaube vermittelt Schutz und Geborgenheit sowie Trost und Anerkennung.

Durch das Wissen um transzendente Fragestellungen wie der Klärung der Frage, dass es eine Existenz nach dem Tod gibt, können große, verunsichernde und damit Disstress verursachende Faktoren gemildert werden.

Im Kontakt mit den PatientInnen ist es für den Arzt notwendig auf *Antistressoren* hinzuweisen und diese mit ihnen zu erarbeiten.

1. Psychosomatisches Verständnis der Gesamtzusammenhänge
2. Lebensstiländerungen
3. Entspannung
4. Freundeskreis
5. Lernen, besser auf sich selbst zu achten
6. Psychotherapeutische Maßnahmen bei neurotischen Fehlentwicklungen oder Abhängigkeitsverhalten
7. Ernährungsumstellung
8. Nikotinstop
9. Bewegung
10. Pharmakologische Behandlung, Serotonin und Noradrenalinregulatoren

Nach dem Stressmodell von HÜTHER spielt das Neurotransmittersystem eine zentrale Rolle.<sup>21</sup> Danach sind sowohl medikamentöse-psychopharmakologische Behandlungen leicht nachvollziehbar, aber auch psychologisch-psychotherapeutische Beeinflussungsmöglichkeiten werden leichter verstehbar.

## Antidepressiva

Mittel der Wahl sind Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, wobei mehrere Studien die Besserung des Serotonin-Mangelsyndroms und damit die Verbesserung der Lebensqualität bestätigen.<sup>22</sup>

Bei der Substanz Paroxetin wurde darüber-

hinaus eine Thrombozytenaggregationshemmung (Thrombozyten sind Blutplättchen, die eine wichtige Rolle bei der Blutgerinnung spielen) nachgewiesen, die noch auf einer zweiten Schiene Anlass zur Hoffnung gibt, dass auch aufgrund der Verringerung der Thromboseneigung ein Infarkt bzw. ein Reinfarkt verhindert werden kann.<sup>23</sup>

Die praktische Erfahrung deckt sich mit den Studien. Immer wieder sehen wir Menschen, die auf Grund von chronischem Distress von Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Konzentrationsschwäche und stimmungsmäßiger Gedrücktheit gequält werden. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bewirken, dass sie wieder Energie, Lebensfreude und Kraft spüren und die Farben wieder sehen und genießen können. PatientInnen sind froh und dankbar über die positive Wirkung dieser Medikamente. Dabei muss man jedoch immer beides bedenken. Einerseits bewirkt die Verbesserung des Serotoninhaushaltes ein besseres Gefühl, andererseits ändert sich dadurch aber noch lange nicht der Lebensstil. Lebensstiländerungen sind nicht so leicht zu erreichen. Oft ist ein guter Teil Resignation damit verbunden. Aus Sprüchen wie: „Wenn ich sonst schon nichts habe, dann möchte ich wenigstens...“ und hier kann man das Gläschen Wein oder die Zigarette oder den Schweinsbraten einsetzen. Oft ist das Wechselspiel zwischen Betäuben mit Alkohol und Aufputschen mit Nikotin im Sinne eines Selbsterstörungsprozesses deutlich sichtbar.

Es ist die Aufgabe des Psychiaters oder des Psychotherapeuten gemeinsam mit den PatientInnen die Hintergründe dieser Grundhaltung zu erkennen und alternative Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

#### Weiterführende Literatur:

- FRANCIS D. D., CALDJI C., CHAMPAGNE F., PLOTSKY P. M., MEANEY M. J., *The role of corticotropin-releasing factor – norepinephrine system s in mediating the effects of early experience on the development of behavioural and endocrine responses to stress*, Biol Psychiatry (1999); 46: 1153-1166
- LESPERANCE F., FRASURE-SMITH N., TALAJIC M., *Major depression before*

*and after myocardial infarction: its nature and consequences*, Psychosom Med (1996); 58: 99-110

- ORNISH D., SCHERWITZ L. W., BILLINGS J. H., GOULD K., MERITT T. A., SPARLER S., POLLOCK B. G. et al., *Evaluation of platelet activation in depressed patient with ischemic heart disease after paroxetine of nortriptyline treatment*, J Clin Psychopharmacol (2000); 20: 137-140
- SCHMEISER-RIEDER A., KUNZE M., *Wiener Männergesundheitsbericht 1999*, BMGF, Wien 1999
- SCHUR M., *Zur Metapsychologie der Somatisierung*, in: BREDE K. (Hrsg.), *Einführung in die Psychosomatische Medizin*, Fischer Verlag, Frankfurt 1974

#### Referenzen:

- HÜTHER G., *Biologie der Angst: wie aus Stress Gefühle werden*, Sammlung Vandenhoeck, Göttingen 1998
- SELYE H., *The stress of life*, McCraw-Hill, New York 1956
- RÜEGG J., *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn*, Schattauer Verlag, Stuttgart 2000
- vgl. STELZIG M., *Rollenpathologie*, in: FÜRST J., OTTOMEYER K., PRUCKNER H., *Psychodramatherapie*, Facultas Verlag, Wien 2004, S. 148-150
- BOWLBY J., *Mental care and mental health*, World Health Organization, Geneva 1951
- EGLE U. T., HOFFMANN S. O., *Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend*, in: EGLE U. T., HOFFMAN S. O., JORASCHKY P. (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*, Schattauer, Stuttgart 2000, S. 23-39
- EGLE U. T., HARDT J., FRANZ M., HOFFMANN S. O., *Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. Möglichkeit der Prävention in der Psychosomatischen Medizin*, Psychotherapeut (2002); 47: 124-27
- SCHORE A. N., *Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders*, Dev Psychopathol (1997); 9: 595-631
- SCHORE A. N., *Attachment and the regulation of the right brain*, Attach Hum Dev (2000); 2: 23-47
- GLASER D., *Child abuse and neglect and the brain – a review*, J Child Psychol Psychiatry (2000); 41, 97-116
- VALLEE M., MAYO W., MACCARI S., LEMOAL M., SIMON H., *Long-term effects of prenatal stress and handling on metabolic parameters: relationship to corticosterone secretion response*, Brain Res (1996); 712: 287-292
- VALLEE M., MAYO W., DELLU F., LEMOAL M., SIMON H., MACCARI S., *Prenatal stress induces high anxiety and postnatal handling induces low anxiety in adult offsprings*, J Neurosci (1997); 17: 2626-2636
- FRANCIS D. D., CHAMPAGNE F. A., LIU D., MEANEY M. J., *Maternal care, gene expression, an the development of individual differences in stress reactivity*, Ann N Y Acad Sci (1999); 896: 66-84
- FELITTI V. J., ANDA R. F., NORDENBERG D., WILLIAMSON D. F., SPITZ A. M., EDWARDS V., KOSS M. P., MARKS J. S., *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study*, Am J Prev Med (1998); 14: 245-258
- FELITTI V. J., *The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead*, Z Psychosom Med



- Psychother (2002); 48: 359-369
- EGLÉ U. T., HOFFMANN S. O., *Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend*, in: EGLÉ U. T., HOFFMANN S. O., JORASCHKY P. (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*, Schattauer, Stuttgart 2000, S. 23-39
- EGLÉ U. T., HARDT J., FRANZ M., HOFFMANN S. O., *Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. Möglichkeit der Prävention in der Psychosomatischen Medizin*, Psychotherapeut (2002); 47: 124-27
- 10 ALEXANDER F., *Psychosomatische Medizin* (3. Auflage), De Gruyter, Berlin, New York 1977
- 11 EGLÉ U. T., HOFFMANN S. O., *Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend*, in: EGLÉ U. T., HOFFMANN S. O., JORASCHKY P. (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*, Schattauer, Stuttgart 2000, S. 23-39
- EGLÉ U. T., HARDT J., FRANZ M., HOFFMANN S. O., *Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. Möglichkeit der Prävention in der Psychosomatischen Medizin*, Psychotherapeut (2002); 47: 124-27
- 12 ROSE G., MARMOT M. G., *Social class and coronary heart disease*, Br Heart J (1981); 45: 13-19
- MARMOT M. G., *Socio-economic and cultural factors in ischemic heart disease*, Advanc Cardio (1982); 29: 68-75
- 13 KARASEK R. A. R., RUSSELL S., THEORELL T., *Physiology of stress and regeneration in job-related cardiovascular illness*, J Hum. Stress (1982); 1: 29-42
- THEORELL T., *Life events, stress and coronary heart disease*, in: SIEGRIST J., HALHUBER M. J. (Hrsg.), *Myocardial infarction and psychosocial risks*, Springer Verlag, New York 1981, S. 1-17
- 14 WILLIAMS R. B., BAREFOOT J. C., CALIFF R. M., HANEY T. L., SAUNDERS W. B., PRYOR D. B., HLATKY M. A., SIEGLER I. C., MARK D. B., *Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease*, JAMA (1992); 267: 520-524
- 15 NEREM R. M., LEVESQUE M. J., CORNHILL J. F. et al., *Social environment as a factor in diet-induced atherosclerosis*, Science (1980); 208: 1475
- 16 EGLÉ U. T., HOFFMANN S. O., *Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend*, in: EGLÉ U. T., HOFFMANN S. O., JORASCHKY P. (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*, Schattauer, Stuttgart 2000, S. 23-39
- EGLÉ U. T., HARDT J., FRANZ M., HOFFMANN S. O., *Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. Möglichkeit der Prävention in der Psychosomatischen Medizin*, Psychotherapeut (2002); 47: 124-127
- 17 FELITTI V. J., ANDA R. F., NORDENBERG D., WILLIAMSON D. F., SPITZ A. M., EDWARDS V., KOSS M. P., MARKS J. S., *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study*, Am J Prev Med (1998); 14: 245-258
- 18 UEXKÜLL T., WESIACK W., *Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein biopsychosoziales Modell*, in: Uexküll T. (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin*, Elsevier, München 1990, S. 5-38
- 19 LESHAN L., *The Mechanic and The Gardener*, Holt, Rinehart and Winston, New York 1982
- 20 vgl. STELZIG M., *Die Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen aus der Sicht des Psychiaters*, Psychol Med 3/2003: 30-35
- 21 HÜTHER G., DOERING S., RÜGER U., RÜTHER E., SCHÜSSLER G., *Psychische Belastungen und neuronale Plastizität. Ein erweitertes Modell des Stress-Reaktions-Prozesses als Grundlage für das Verständnis zentralnervöser Anpassungsprozesse*, Psychosom Med (1996); 42: 107-127, 52-63
- 22 SHAPIRO P. A. et al., *An open-label preliminary trial of sertraline for treatment of major depression after acute myocardial infarction (the SADHAT Trial). Sertraline Anti-Depressant Heart Attack Trial*, Am Heart J (1999); 137: 1100-1106
- 23 POLLOCK B. G., *Evaluation of platelet activation in depressed patients with ischemic heart disease after paroxetine or nortriptyline treatment*, J Clin Psychopharmacol (2000); 20: 137-140



## Soziale Einflüsse auf die Entwicklung von Kindern

*Leonhard THUN-HOHENSTEIN*

### Zusammenfassung

Die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen wird anhand des bio-psycho-sozialen Konzeptes dargestellt. Das Zusammenspiel genetischer, biologischer und sozialer Einflüsse wirkt sich auf die Ausbildung der Hirnstruktur und damit auf die Persönlichkeitsentwicklung aus. Beeinflussende Faktoren werden nach ihrer Wirkung in Schutz- und Belastungsfaktoren unterteilt. Die Verarbeitung der erlebten Reize aus der Erfahrung und dem Einfluss schützender Faktoren wird Coping genannt, die gelingende Anpassung an belastende Ereignisse Resilienz. Die Bedeutung dieser Faktoren auf die Entwicklung psychischer und körperlicher Gesundheit ist zur Zeit Mittelpunkt des Forschungsinteresses.

**Schlüsselwörter: Bio-psycho-soziale Entwicklung, Resilienz, Schutzfaktoren**

### Abstract

The development of personality is depending on biological, genetic and social factors, which together influence brain development and thus personality development. Influencing factors are divided in protective and risk factors. The adaptation process to stress is called coping, the dynamic process of using different coping strategies resilience. Scientific interest is focused on the prognostic value of risk factors for somatic and psychiatric diseases.

**Keywords: bio psycho social development, resiliency, protective factors**

*Anschrift des Autors:* OA Dr. Leonhard THUN-HOHENSTEIN  
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie I,  
Christian-Doppler-Klinik, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg



die Stressachse an das Kind weitergegeben. Dies lässt sich z.B. über einen erhöhten arteriellen Widerstand uteriner Gefäße messen<sup>8</sup> oder Cortisolmessungen bei Mutter und Säugling<sup>9</sup>. Dieser pränatale Stress kann zu Frühgeburtlichkeit<sup>10</sup> oder zu niedrigem Geburtsgewicht<sup>11</sup> und anderen relevanten Schwierigkeiten führen. Dieser intrauterine Stress ist höchstwahrscheinlich ein prognostischer Faktor für Depression und Angst bei der Mutter nach der Geburt<sup>12</sup> und wirkt sich möglicherweise auch auf das Temperament und die Entwicklung des Kindes aus<sup>13</sup>.

Psychosoziale Einflüsse in der Postnatalzeit setzen sich aus gesellschaftlichen Einflüssen, Familie und Peer-Group zusammen. In erster Linie ist einmal die soziale Klasse bedeutend. Allein die Zugehörigkeit zu einer sozial niedrigeren Klasse führt zu einer Reduktion der Ausnutzung der potentiellen intellektuellen Leistungsfähigkeit. Andere Faktoren mit potenziell negativem Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung sind Deprivation, Misshandlung, familiärer Distress und allen voran ökonomische Faktoren.

## Gesellschaftliche Faktoren

Schon seit langer Zeit ist bekannt, dass die sozio-ökonomischen Bedingungen die Lebensqualität und damit das psychische Wohlbefinden signifikant beeinflussen. Hohe Kindersterblichkeit und andere Folgen der Armut sind weithin bekannt. Die Armut stellt auch in unseren westlichen Ländern einen der wichtigsten gesundheitsbezogenen Risikofaktoren dar. Die absolute Armut ist hier an erster Stelle zu nennen, die zum einen aufgrund der Mittel ausschließt, aber auch sekundär vom Zugang zu Ausbildung und Kultur ausschließt. Arme haben eine schlechtere Wohnsituation und sind häufiger von Lärm + Umweltbelastungen betroffen. Sie haben einen signifikant schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und häufigere körperliche und psychische Erkrankungen. Zusätzlich ist der Zugang zur

heute nahezu selbstverständlichen Technik deutlich reduziert: weniger PC, weniger Autos, weniger TV-Geräte etc. (Soziale Teilhabechancen 1997, IFS 2000/ECHP zit. n. Bericht über die soziale Lage 1999, BM f. soziale Sicherheit und Generationen). In einer englischen Studie<sup>14</sup> konnte nachgewiesen werden, dass Zuwächse der Einkommen der reichsten 5% der Gesellschaft mit einem Anstieg der Kindersterblichkeit korrelieren, wenn gleichzeitig das absolute Einkommen der ärmsten 20% konstant blieb. Die amerikanischen Bundesstaaten mit den größten wirtschaftlichen Unterschieden weisen die höchsten Sterberaten auf<sup>15</sup>. Die Unterschiede in der subjektiven psychischen Befindlichkeit sind ebenfalls in jenen Ländern am größten, in denen die Einkommensunterschiede am größten sind. In England stieg zur Zeit des Thatcherismus die relative Armut von 28% auf 79%. Im Vergleich dazu liegen die Zahlen für egalitäre Staatssysteme wie in Schweden bei 2%, im europäischen Durchschnitt hingegen bei 21,2%, in den USA hingegen bei über 50% (OECD 1993). In Österreich ist die Armutssituation stark vom Status der Alleinerziehenden und kinderreichen Familien besetzt. Die allgemeine Armutsrate beträgt in Österreich 5%, in Familien mit > 3 Kindern beträgt sie 15% und bei alleinerziehenden Eltern 45%. Je mehr Kinder eine Familie hat, umso größer ist die Gefahr unter die Armutsgrenze zu sinken. Nicht die Zahl der Kinder an sich definiert hierbei das Risiko psychisch zu erkranken, sondern das Ausmaß des mit zunehmender Kinderzahl steigenden Risikos zu verarmen<sup>16</sup>. Die Auswirkungen der Armut stellen sich symptomatisch durch weniger psychosoziales Wohlbefinden, mehr körperliche Beschwerden und ernsthafte Krankheiten, niedriges Selbstwertgefühl, Gefühl der Hilflosigkeit, weniger Zukunftsorientierung, mehr Beziehungsprobleme sowie schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen dar<sup>17</sup>.

M. RUTTER<sup>18</sup> entwickelte anhand der von ihm und seinem Team erhobenen Risikofaktoren einen Index der negativen Einflüsse (Index of

Adversity), um den Einfluss dieser Faktoren prospektiv messen zu können. Dieser Index setzt sich aus folgenden Variablen zusammen: heftige eheliche Streitigkeiten, niedrige soziale Klasse, große Familie, väterliche Kriminalität, mütterliche psychische Erkrankung und außerfamiliäre Unterbringung. In einer jüngeren Studie gingen BIEDERMAN<sup>19</sup> und MitarbeiterInnen der Frage nach, inwieweit sich die umgebungsbedingte Benachteiligung auf die Entstehung von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen auswirkt. Zwischen der Gruppe der hyperaktiven Kinder und der normalen Kontrollgruppe fanden sich deutliche Unterschiede. Auch der sozioökonomische Status der Familien der beiden Gruppen unterschied sich signifikant zuungunsten der hyperaktiven Kinder. RUTTER schließt aus seinen Ergebnissen, die durch Studien wie die hier angeführte bestätigt wurden, dass die Entwicklung des Kindes auf einem individuell differenten Zusammenspiel von Umwelt und Gehirn, auf Basis eines gegenseitigen Beeinflussungsprozesses von Genen und Umwelt beruhend verläuft. Individuen wählen und verarbeiten aktiv ihre Erfahrungen, hängen da-

bei ganz stark von ihrer Umgebung ab, deren Einfluss ihre Erfahrungswelt prägt. Aus diesem Grund finden die meisten Studien zur Ätiologie psychischer Erkrankungen eine multifaktorielle Genese und die Involvierung mehrerer Gen-Loci bei ein und derselben Erkrankung<sup>20</sup>.

Die Auswirkungen dieser Risikofaktoren während der Kindheit (adverse childhood experiences, ACE) und deren Vorkommen in Anamnesen erwachsener, körperlich kranker Menschen führte zu einer großen amerikanischen Studie<sup>3</sup>, der ACE-Studie. Die Forscher entwickelten einen Childhood Adversity Score (ACE-Score) ähnlich dem Rutterschen Adversity Index, allerdings mit mehr Einzelfaktoren, die zu einem Gesamtscore summiert wurden. Signifikante Zusammenhänge zwischen erhöhtem ACE-Score wurden gefunden für die Häufigkeit des Rauchens, des intravenösen Suchtgiftgebrauches, chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen des Erwachsenen (COPD), Depressivität und Suizidalität<sup>21</sup>. Weitere körperliche Erkrankungen im Zusammenhang mit adverse childhood experiences sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall, Hepatitis, Typ 2-Diabetes und Osteoporose<sup>3</sup>.

Schutzfaktoren	Belastungsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson</li> <li>• Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen, Entlastung der Mutter</li> <li>• gutes Ersatzmilieu nach Mutterverlust</li> <li>• wenig konflikthafte, offenes und auf Selbständigkeit orientiertes Erziehungsklima</li> <li>• überdurchschnittliche Intelligenz</li> <li>• robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament</li> <li>• sicheres Bindungsverhalten</li> <li>• positive Schulerfahrungen</li> <li>• verlässlich unterstützende Bezugspersonen bis ins Erwachsenenalter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriger sozioökonomischer Status</li> <li>• zu große Familie und beengte Wohnverhältnisse, Ghettos</li> <li>• Belastungen der Eltern</li> <li>• Trennung / Verlust von Elternteilen</li> <li>• Chronisch-disharmonisches Familienklima, Gewalt</li> <li>• Mütter-Merkmale: alleinerziehend, Teenager oder sehr alte Mutter</li> <li>• Väter-Merkmale: permanente Abwesenheit in der frühen Kindheit; autoritär, arbeitslos,</li> <li>• häufig wechselnde Beziehungen</li> <li>• Mißhandlung</li> <li>• mangelnde soziale Unterstützung</li> <li>• zu knappe Geschwisterfolge</li> </ul>

Tabelle 1: Schutz- + Belastungsfaktoren mit signifikantem Einfluss auf die psychische Entwicklung (nach WERNEN<sup>22</sup> und RUTTER<sup>23</sup>)

## Disposition als zentrale Grundlage der Persönlichkeitsentwicklung

Die drei grundlegenden Faktoren Biologie/Genetik/Soziales führen zu einer für jeden Menschen typischen Neigung (Disposition) mit einem individuell spezifischen Entwicklungspotential. Dieses wird bestimmt durch das Verhältnis von Vulnerabilität und Adaptivität. Vulnerabilität kann definiert werden als die Balance zwischen Sensibilität und Abwehr. Adaptivität ist die Balance zwischen Stabilität und Wechsel. Die Gesamtheit der Faktoren Adaptivität, Vulnerabilität sowie Temperament und Handlungsbereitschaft wird als Disposition bezeichnet und unterliegt laufend Veränderungen aufgrund von genetischen, biologischen, psychischen und sozialen Schutz- und Belastungsfaktoren. In Tabelle I sind Schutzfaktoren und Belastungsfaktoren angeführt, die in den grundlegenden Studien von Emmi WERNER<sup>1</sup> und Michel RUTTER<sup>2</sup> beschrieben und mittlerweile durch viele weitere Untersuchungen bestätigt wurden.

Aus dem Zusammenspiel dieser persönlichen Disposition mit aktuellen Umweltfaktoren und Lebensereignissen sowie den Entwicklungsaufgaben resultiert die Entwicklung des Ich. Das Ich ist in diesem Zusammenhang verstanden als eine in permanenter Entwicklung begriffene lebendige Bewältigungsstruktur. Über die Eigenbestimmung, das Erleben von Abgegrenztheit und Kontinuität und Konsistenz entwickelt sich das subjektive Ich, welches durch die selbstreflektive Bestätigung zur Identität führt. Das Erleben des Psychologischen, Sozialen und Handelnden, sowie des Körperselbst führt im Zusammenspiel mit der Umwelt zum Vergleich zwischen Fremd- und Idealselbst und damit zur Evaluation nach Normen, Standards und Zielvorstellungen. Aus dieser Entwicklung resultiert der Selbstwert. Aufgrund des oben angeführten Zusammenspiels sozialer und biologischer Faktoren ist es nachvollziehbar, dass Identität und Selbstwert ebenfalls direkt durch das Zusammenspiel mit der Umwelt beeinflusst werden.

## Resilienz

Doch nicht alle Kinder, die entsprechenden Risikofaktoren ausgesetzt sind, entwickeln sich abweichend und erkranken an psychischen Erkrankungen. Diese Tatsache führte zur Etablierung der Resilienzforschung. GARMEZY<sup>24</sup>, RUTTER<sup>18</sup> und WERNER<sup>22</sup> waren die Begründer dieser Forschungsrichtung. Resilienz wird als ein Prozess verstanden, der dynamisch und kompensatorisch Anpassungsprozesse angesichts deutlicher Belastungen vermittelt<sup>4</sup>. Diese Resilienzfaktoren müssen aber, um wirksam zu werden, bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden haben, einen Puffereffekt ausüben und vor allem dann wirksam sein, wenn eine risikoerhöhende Gefährdung vorliegt. Nach RUTTER<sup>25</sup> ist der Widerstand gegen Stress 1. relativ und nicht absolut, 2. das Resultat der Interaktion von Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren, 3. keine fixe (und messbare) Größe und immer vom jeweiligen Lebenskontext abhängig. LAUCHT et al.<sup>26</sup> konnten in ihrer Studie ein Modell entwickeln, um den Einfluss von Resilienzfaktoren nachzuweisen. Dabei wurden 2 Gruppen von Kindern prospektiv verglichen: solche mit vorhandenen Schutzfaktoren und solche ohne. Als Endvariable wurde die Ausprägung psychopathologischer Symptome herangezogen. Wie in Abbildung II dargestellt, konnten sie zeigen, dass das Vorhandensein derartiger Faktoren vor dem Auftreten psychopathologischer Symptome schützt. Wesentlich

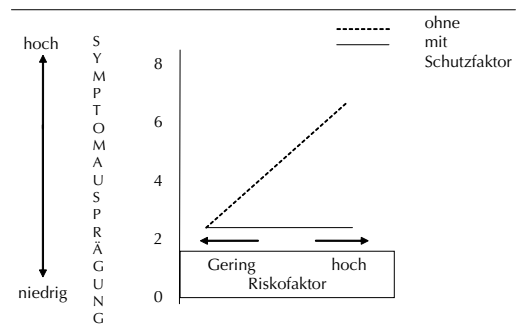


Abbildung II: Resilienzmodell nach LAUCHT<sup>26</sup>

ist das Vorhandensein derartiger Schutzfaktoren bereits vor dem belastenden Ereignis<sup>27</sup>. Allerdings ist das Vorhandensein von Schutzfaktoren alleine nicht ausreichend, sondern es benötigt auch aktive Anpassungsleistung (Coping-Strategien) des Individuums.

Verschiedene Modelle der Resilienz wurden erarbeitet und erforscht: das Kompensationsmodell, das Challenge Modell oder das Schutzfaktor-Modell<sup>28</sup>. Das Kompensationsmodell sieht die Wirkung des Schutzfaktors darin, dass er Risiken neutralisieren kann. Im Challenge-Modell wird das Risiko selbst, wenn es nicht zu belastend ist, als Herausforderung – challenge – und/oder als Verstärker positiver Anpassungsmechanismen gesehen. Das Schutzfaktor-Modell wiederum sieht die direkte Wirkung der schützenden Variablen in der Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines negativen Ausgangs. Heute scheint klar, dass sich diese Modelle nicht ausschließen, sondern gleichzeitig oder zu verschiedenen Zeitpunkten wirksam werden und sich gegenseitig beeinflussen können.

## Schlussfolgerung

Soziale Risiko- und Schutzfaktoren beeinflussen die psychische Entwicklung des Menschen und somit seine Persönlichkeitsentwicklung in einem hohen Maß. Das Zusammenspiel genetischer, persönlicher Faktoren und Faktoren der sozialen Umwelt bilden das höchst individuell gestaltbare Modell menschlicher Entwicklung. Aus diesem Wissen heraus ließen sich sowohl im mikropolitischen (Familie, Schule, soziale Umwelt) als auch im makropolitischen (egalitäre Bildungs- und Sozialsysteme, entsprechende psychosoziale Präventivkonzepte, Armutsbekämpfung) Bereich Einflussfaktoren und Handlungsoptionen definieren und umsetzen. Ziel dieser Programme muss einerseits die Minderung sozio-ökonomischer Risikofaktoren und andererseits die Verbesserung der persönli-

chen Resilienz sein. Die Verbesserung der persönlichen Resilienz wiederum könnte zu einer Reduktion seelischer und körperlicher Erkrankungen führen<sup>3</sup>.

### Referenzen:

- 1 WERNER E. E., *Vulnerable but invincible: high risk children from birth to adulthood*, Acta Paediatr Suppl (1997); 422: 103-105
- 2 RUTTER M., TIZARD J., YULE W., GRAHAM P., WHITMORE K., *Research report: Isle of Wight studies*, Psychol Med (1976); 6: [313], 332
- 3 EGLE U. T., HARDT J., NICKEL R., KAPPIB B., HOFFMANN S. O., *Long-term effects of adverse childhood experiences – actual evidence and needs for research*, Z Psychosom Med Psychother (2002); 48: 411-434
- 4 HOLTSMANN M., SCHMIDT M. H., *Resilienz im Kindes+Jugendalter*, Kindheit und Entwicklung (2004); 13: [4], 195-200
- 5 RESCH F., FEGERT J. M., *Ätiologische Modelle*, in: EGGERS C., FEGERT J. M., RESCH F. (ed.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, Springer Verlag, Berlin 2004, S. 94-107
- 6 STEPHENS A., *Evolutionary Psychiatry* (2nd ed.), Routledge, London & Philadelphia, 2000
- 7 ANDREASEN N. C., *Brave new brain*, Oxford University Press, New York 2001
- 8 TEIXEIRA J. M. A., *Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study*, Br Med J (1999); 318: 153-157
- 9 MULDER E. J. et al., *Prenatal maternal stress: effect on pregnancy and the (unborn) child*, Early Human Dev (2002); 70: 3-14s
- 10 DEJIN-KARLSSON E., HANSON B. S., OSTERGREN P. O., LINDGREB A., SJÖBERG N. O., MARSSAL K., *Association of a lack of psychosocial resources and the risk of giving birth to small for gestational age infants: a stress hypothesis*, BJOG (2000); 107: 89-100
- 11 PRYOR J. E., THOMPSON J. M., ROBINSON E., CLARK P. M., BECROFT D. M., PATTIS N. S. et al., *Stress and lack of social support as risk factors for small-for gestational-age birth*, Acta Paediatrica (2003); 92: 62-64
- 12 SKARI H., SKREDEN M., MALT U. F., DALHOLT M., OSTENSEN A. B., EGELAND T. et al., *Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth – a prospective population based study of mothers and fathers*, BJOG (2002); 109: 1154-1163
- 13 HUIZINK A. C., DE MEDINA P. G., MULDER E. J., VISSER G. H., BUITELAAR J. K., *Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2002); 41: [9], 1078-1085
- 14 WILKINSON R. G., *Kranke Gesellschaften*, Springer Verlag, Wien 2001
- 15 LOBMAYER P., WILKINSON R. G., *Inequality, residential segregation by income, and mortality in US cities*, J Epidemiol Community Health (2002); 56: 183-187
- 16 STATISTIK AUSTRIA, *Mikrozensus 1991*, Statistik Austria 1992
- 17 BOUWKAMP R., *Hilfe für Multiproblemfamilien: Zur kulturellen Differenz bei therapeutischen und sozialpädagogischen Unterstützungsangeboten für Klienten aus unterprivilegierten gesellschaftlichen Schichten*, Kontext (2005); 36: 150-165



- 18 RUTTER M., QUINTON D., *Psychiatric disorder: ecological factors and concept of causation*, in: MCGURK H. (ed.), *Ecological factors in human development*, North Holland Publishing, Amsterdam 1977, S. 173-187
- 19 BIEDERMAN J., FARAONE S. V., MONUTEAUX M. C., *Differentialeffect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD*, *Am J Psychiatry* (2002); 158: [1556], 1562
- 20 RUTTER M., *Environmentally mediated risks for psychopathology: research strategies and findings*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (2005); 44: 3-18
- 21 FELITTI V. J., *Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei*, *Z psychosom Med Psychother* (2002); 48:[4], 359-369
- 22 WERNER E. E., *The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood*, *J Adolesc Health* (1992); 13: 262-268
- 23 RUTTER M., DUNN J., PLOMIN R., SIMONOFF E., PICKLES A., MAUGHAN B. et al., *Integrating nature and nurture: implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology*, *Dev Psychopathol* (1997); 9: 335-364
- 24 GARMEZY N., *Stress-resistant children: the search for protective factors*, in: STEVENSON J. E. (ed.), *Recent research in developmental psychopathology*, *J Child Psychol Psychiatry* (1985); 4(Suppl): 213-233
- 25 RUTTER M., *Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders*, *Br J Psychiatry* (1985); 147: 598-611
- 26 LAUCHT M., ESSER G., SCHMIDT M. H., *Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen*, *Z Kinder+Jugendpsychiatr Psychother* (2002); 30: 5-19
- 27 RUTTER M., *Psychosocial resilience and protective mechanisms*, in: NUECHTERLEIN K. H., WEINTRAUB S. (ed.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge University Press, New York 1990, S. 181-214
- 28 ZIMMERMAN M. A., ARUNKUMAR R., *Resiliency Research: Implications for School and Policy*, *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development* (1994); 8(4): 1-20



## Macht unsere Gesellschaft psychisch krank?

*Peter HOFMANN*

### Zusammenfassung

Es wird allgemein die Auffassung einer multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen vertreten. Bestimmte Genmuster dürften mit bedingend für eine Erkrankung sein, während äußere Faktoren deren Ausbruch letztendlich triggern. Studien haben gezeigt, welche psychosozialen Belastungen als Risikofaktoren betrachtet werden müssen. Gleichzeitig kann anderen Faktoren protektive Wirkung zugesprochen werden. Neben individuellen Bedingungen müssen auch Entwicklungen auf gesellschaftspolitischer Ebene im Hinblick auf eine wesentliche Rolle in der Pathogenese psychischer Alterationen in Betracht gezogen werden. So wurde beispielsweise ein Zusammenhang zwischen Armut und Depression gefunden. Ob weltweit gesehen ein Ansteigen psychischer Erkrankungen allgemein zu beobachten ist, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Für die Inzidenzrate dementieller Erkrankungen und den Suizid besteht jedoch kein Zweifel darüber. Es scheint im Hinblick darauf doch so zu sein, dass die Gesellschaft tatsächlich psychisch krank macht.

**Schlüsselwörter:** Depression, Armut, Gesellschaft, Sucht, psychische Erkrankung

### Abstract

For psychic disorders, a multifactorial etiology is widely accepted. While certain genetic patterns are considered causal for (latent) inherited disorders, exogenic factors can trigger their clinical manifestation. Several studies revealed the potential of psycho-social stress as risk factor, counterbalanced by the protecting role of others. Not only must the individual situation of a person, but also current changes on a socio-political level be regarded as relevant features in the pathogenesis of psychic alterations. For example, it could be shown that poverty and depression are closely connected. At present, no clear figures are available, whether psychic diseases are in progression world wide. However, there is no doubt about the rising incidence of demential illness and suicide. In conclusion, it seems realistic to assume that the present society affects psychic health in a negative way.

**Keywords:** depression, poverty, society, addiction, psychiatric illness

*Anschrift des Autors:* Univ.-Prof. Dr. Peter HOFMANN  
Univ.-Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz  
Auenbruggerplatz 31, A-8036 Graz

## Einleitung & Grundlagen

Bevor man sich die Frage in dieser Form stellt, muss man sich zunächst grundsätzlich fragen, wie es zur Entwicklung psychischer Erkrankungen kommt. Im Wesentlichen findet sich heute weithin etabliert, ein dem wissenschaftlichen Zeitgeist adäquates Interaktionsmodell mit multifaktoriellen Bedingungen. Ganz grob gesprochen, findet sich eine Wechselwirkung aus biologischen Grundlagen, psychologischen und sozialen Faktoren. Etwas detaillierter ausgearbeitet, ist davon auszugehen, dass biologisch-genetische Faktoren mit bedingend sind. So wissen wir heute, dass zahlreiche psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, aber auch Suchterkrankung und Schizophrenien vererbt sind. Es handelt sich hier aber nicht um einen eindeutigen Erbgang, wie in der Vererbung bestimmter Merkmale, wie z. B. die Farbe der Augen oder Ähnliches. Die Lage ist hier deutlich komplexer. Noch in den 80-er Jahren ist man davon ausgegangen, relativ bald die jeweiligen Gene für die jeweilige psychische Erkrankung festmachen zu können, davon sind wir heute

weiter entfernt denn je. Viel mehr findet sich nun der Ansatz, dass verschiedenste Genloci zusammenspielen, dass Genmuster in ihrem Zusammenspiel letztlich aber nur mit bedingend für die Erkrankung sind und dass andere äußere Faktoren triggernd wirken, um dann letztlich zum Ausbruch der Erkrankung zu führen.

Das heißt, das Verständnis geht in die Richtung, dass biologisch-genetische Faktoren mit bedingend sind, dass biologisch-genetische Faktoren den Verlauf der Erkrankung beeinflussen, dass biologisch-genetische Faktoren als Krankmacher durch die Erkrankung selbst entstehen können (z. B. pathologische Alterationen von Stoffwechselsystemen im Gehirn). Darüber hinaus sind soziale Faktoren wesentlich für die Entwicklung der Erkrankung, für das Aufrechterhalten des Verlaufes. Letztlich sind dann krankmachende psychosoziale Faktoren ein Ergebnis der Erkrankung (siehe Abbildung I).

Dieser Denkansatz findet sich mittlerweile nicht nur auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen, sondern auch auf der Ebene der somatischen Erkrankungen. Hier seien als Beispiel Herzkrankheiten angeführt, bei

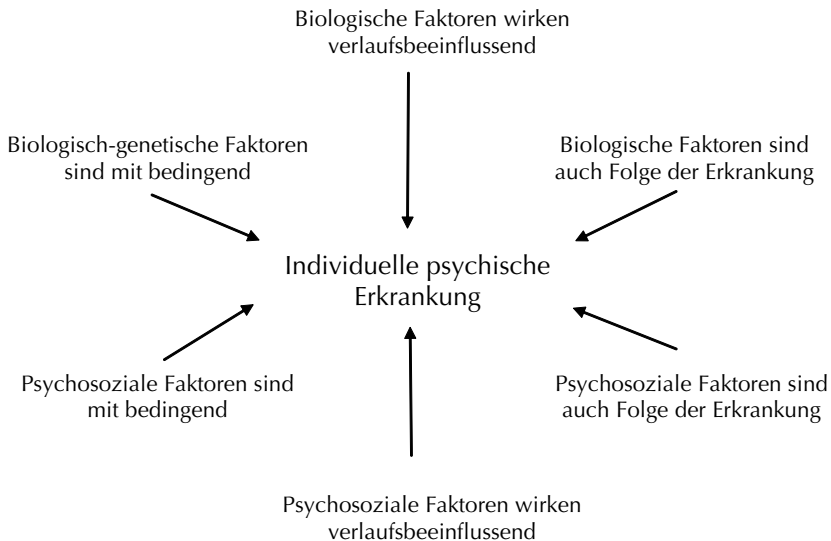


Abbildung I: Bedingungsgefüge psychischer Erkrankungen

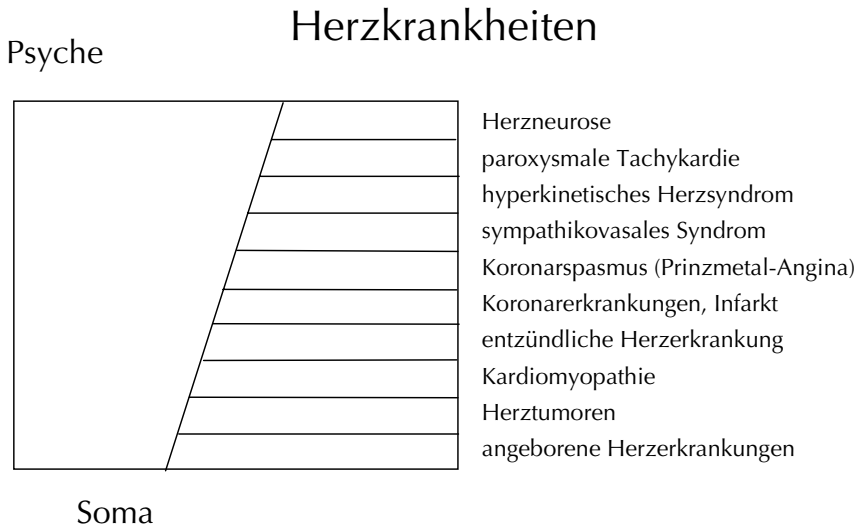


Abbildung II: Komplementaritätsprofil (nach DELIUS 1966 und HAHN 1979)

denen psychische-individuelle Faktoren eine wesentliche Rolle in der Ausprägung der Erkrankung und im Schweregrad der Erkrankung spielen und wo auf der anderen Seite natürlich auch ganz konkrete biologische Ursachen wie zum Beispiel entzündliche Veränderungen der Herzkranzgefäße eine sehr große Rolle spielen können, aber eben nicht die alleinige. Die folgende Grafik berücksichtigt eine Skalierung nach „körpernaher“ oder eher „psychischer“ Ursache. Wobei selbst bei angeborenen Herzfehlern psychische Komponenten (Lebensstil, Ernährungsgewohnheiten etc.) eine wesentliche Rolle für den Verlauf spielen (siehe Abbildung II).

Bei diesen Überlegungen ist natürlich zu berücksichtigen, dass das Individuum auf bestimmte Grundbedingungen und Rahmenfaktoren reagiert, das heißt das Individuum reagiert und versucht auszugleichen. Eine erhöhte Verletzbarkeit in eine bestimmte Richtung bei gegebenen Risikobedingungen führt zu einem Adaptationsprozess. Manchmal kann dieser erfolgreich sein, und es kommt nicht zum Ausbruch einer psychischen Erkrankung, manchmal sehr wohl. Wie diese

Adaptationsvorgänge dann letztlich zum Erfolg führen, hängt maßgeblich davon ab, unter welchen Bedingungen Menschen leben bzw. unter welchen Bedingungen sie aufwachsen (siehe Abbildung III).

### Risikofaktoren

Besondere Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen sind ein niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Schulbildung der Eltern, schlechte Wohnverhältnisse, psychische Erkrankungen innerhalb der Familie (hier nicht im Sinne der genetischen Weitergabe, sondern im Sinne des Miterlebens der Erkrankung der Eltern), aber auch schwerwiegende körperliche Erkrankungen der Eltern spielen eine wesentliche Rolle. Pathogene Kommunikationsstrukturen mit ausgeprägten emotionalen Spannungen, die oft über lange Zeit (oft über Jahre und Jahrzehnte) bestehen, können hier wesentlich mit bedingend sein und natürlich auch Verluste von wichtigen Bezugspersonen, wie z. B. Tod der Mutter oder Abgeschobenwerden in ein Heim oder Ähnliches.

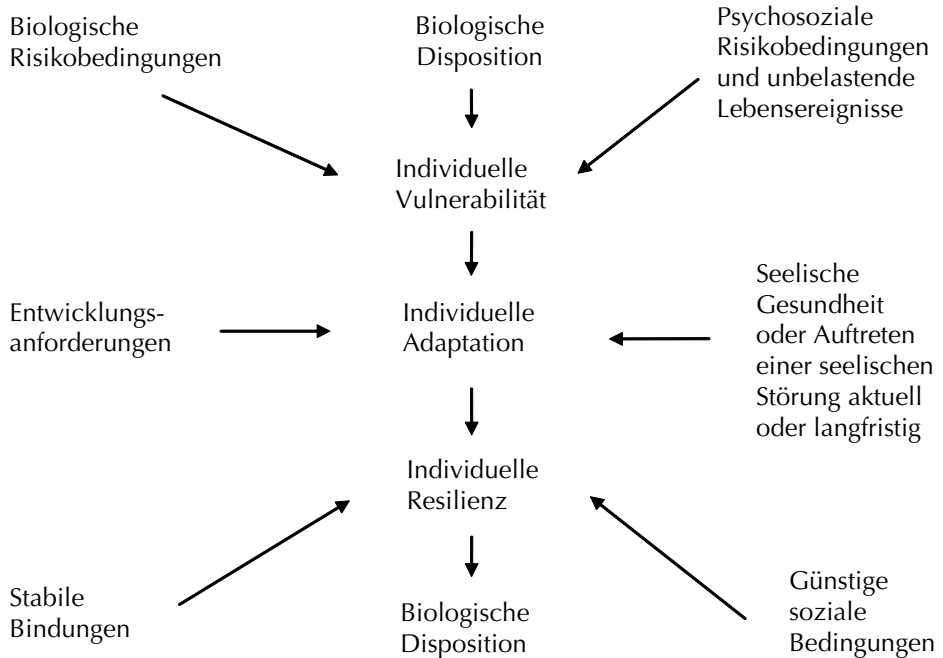


Abbildung III: Risikorelevante Lebensbedingungen

Als besonderer Risikofaktor in diesem Zusammenhang hat sich auch die Rolle der allein erziehenden Mutter ohne soziale Einbettung herausgestellt. Es finden sich aber auch Hinweise, dass der geringe Altersunterschied zwischen Geschwistern, wenn dieser weniger als 1 ½ Jahre ist, ungünstig wirkt. Eine Gegenüberstellung von pathogenen und psychosozialen Faktoren findet sich in der Tabelle I.

Eine ganz wesentliche, psychisch belastende, soziale Entwicklung dürfte darin liegen, dass sich die familiären Strukturen in unserer Gesellschaft völlig verändern. Die Entwicklung geht eindeutig hin zu immer weniger Kindern in den Familien. Der Anteil an Familien mit 3 und mehr Kindern liegt bereits deutlich unter 10%, Ehepaare ohne Kinder machen bereits fast 40% aus. Daneben findet sich auch eine Entwicklung zum Singlehaushalt, wonach der Anteil der Singlehaushalte in Österreich im Jahr 2001 bereits über 30% ausgemacht hat.

Oben wurde ausgeführt, dass aus Studien

bekannt ist, dass die Rolle der allein erziehenden Mutter ohne soziales Netz tatsächlich ein Belastungsfaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen darstellt, sowohl bei der Mutter als auch bei den Kindern. In Österreich fand sich im Jahr 2001 eine Anzahl von 252.900 allein erziehenden Müttern und 45.100 allein erziehenden Vätern. Das ist in Summe eine Anzahl von 300.000 Personen. Das Problempotential hier und die Auswirkungen für die Gesellschaft in der Zukunft sind gar nicht abschätzbar. Erschwerend kommt noch hinzu, dass diese allein erziehenden Personen in aller Regel aus ökonomischen Zwängen berufstätig sind. So findet sich eine Frauenerwerbsquote bei den Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren von 87%. Dies stellt eine unglaubliche Belastung für die allein erziehende Mutter dar, zum einen, um den Lebensalltag zu schaffen, die ökonomischen Grundlagen für das Überleben zu sichern, zum anderen in der ambivalenten Haltung leben zu müssen, bei den Kindern in der Erziehung

nicht genügend präsent zu sein bzw. ihnen nicht ausreichend Liebe geben zu können etc.

**Gesellschaftspolitische Faktoren**

Neben diesen individuellen Bedingungen, die natürlich auch gesellschaftspolitisch mit bedingt sind, gibt es zahlreiche gesellschaftspolitische Entwicklungen und Faktoren, die wesentlich zur Entwicklung psychischer Störungen beitragen. Dazu gehören, und dies sei hier nur schlagwortartig aufgelistet, vor allem die Reizüberflutung durch Medien und die Sexualisierung der Gesellschaft. Es geht aber auch um das Erleben einer ohnmächtig machenden, überbordenden Bürokratisierung, es geht um die Schnelllebigkeit der Zeit, mit der wenige Personen fertig werden können. Es geht aber natürlich auch um einen Säkularisierungsprozess, den Verlust an Werten ethisch-moralischer, aber natürlich auch religiöser Natur, was sicherlich Hand in Hand mit einer ausgeprägten Individualisierung der Gesellschaft geht. Es entsteht eine solipsistische Welthaltung, wo es nur mehr noch um die Befriedigung von Bedürfnissen im Sinne der Lustbarkeit geht. Diese Entwicklungen führen zum gesellschaftlichen Zerfall. Klarer wird das Bild dieses Zerfalls anhand konkreter Wirtschaftszahlen (Liste I).

Aus politischen Gründen kommt es aber auch zu ganz anderen Entwicklungen, wie

weltweit zu beobachtende Landflucht in großem Stil, zu Kriegen, Katastrophen aller Art, die von Menschenhand gemacht werden, und dabei natürlich vor allem zur Zunahme des Welthungers.

Diese angesprochenen Faktoren sind geopolitisch betrachtet in der Ausprägung nicht überall gleich wirksam. Es gibt Länder, wie z. B. in Afrika, wo Hunger, Fehlernährung und Kriege eine ganz wesentliche Rolle spielen, was z. B. in Mitteleuropa keine große Rolle spielt. Hier sind es eher Fragen nach Sexualisierung, Säkularisierung, solipsistischen Tendenzen, aber auch das Diktat des Kapitals, die bestimmend sind.

Die viel gepriesene und heute standardmäßig geforderte „Flexibilisierung“ führt im individuellen Bereich zur Katastrophe. Das tief verwurzelte Sicherheitsbedürfnis aller wird immer seltener befriedigt. Man kann sich auf nichts mehr verlassen. Es gibt keine eindeutigen Karrieremodelle mehr. Der Lebensweg wird zum Lotteriespiel, da man sich auf nichts mehr verlassen kann. Dies führt zu erhöhtem Konkurrenzdruck mit nachfolgender Entsolidarisierung und massivem innerpsychischen Druck.

**Armut – Depression**

Um aus den angeführten Faktoren das Beispiel Armut herauszunehmen sei hier der

Pathogene psychosoziale Faktoren	Protektive psychosoziale Faktoren
1. Biographische Belastungen mit geringen persönlichen Ressourcen	1. Günstige biographische Entwicklung mit guten persönlichen Ressourcen
2. Belastende Lebensereignisse und gewisse Bewältigungsressourcen	2. Günstige Bewältigungsmöglichkeiten bei Lebensereignissen
3. Niedriger sozioökonomischer Status	3. Gute sozioökonomische Bedingungen
4. Geringe soziale Unterstützung	4. Gute soziale Unterstützung
5. Chronische interpersonelle Belastung	5. Stabile interpersonelle Belastung
6. Chronische körperliche Erkrankung, Gesundheitsfehlverhalten	6. Körperliche Gesundheit und aktives Gesundheitsverhalten

Tabelle I: Pathogene und protektive psychosoziale Faktoren

**Gewalt, Kriminalität, Drogen:**

- Kriminalität (Schäden weltweit mehr als 1.000 Mrd. US-\$ p. a.). Drogen: mehr als 800 Mrd. US-\$ Umsatz p. a. Schmiergelder und Korruption verursachen ca. 3-5 Prozent der Wirtschaftskosten (weltweit etwa 1.000 Mrd. US-\$).
- Alkohol (mehr als 600 Mrd. US-\$ Umsatz p. a. Für Alkohol wird mehr ausgegeben als für Forschung. Schaden durch Alkohol ist höher als der Umsatz).

**Umweltzerstörung und Energieverschwendung:**

- Umwelt: jährliche Zerstörung entspricht ca. 10% des Weltsozialprodukts (mehr als 2.800 Mrd. US-\$ p. a. in 1996). Verschwendung: 80% aller fertigen Produkte werden nach einmaliger Benutzung weggeworfen, jährliche Rohstoff- und Energievergeudung weltweit mindest. 2.500 Mrd. US-\$.

**Ausgaben für Militär, innere und private Sicherheit:**

- Militär: 1.000 Mrd. US-\$ p. a. in den 80er-Jahren. Seit 1990 ca. 800 Mrd. US-\$ p. a.
- Kosten der inneren Sicherheit: 1.200 Mrd. US-\$ (Polizei, Gefängnisse, Gerichte, Sicherheitsanlagen, Waffen usw.) Beispiel USA: mehr als 300 Mrd. US-\$ p. a.
- Geheimdienste kosten weltweit ca. 100 Mrd. US-\$ p. a.
- Kosten der (Bürger-)Kriege: 2. Weltkrieg (4.000 Mrd. \$), Korea Krieg (340 Mrd. \$), Vietnam Krieg (720 Mrd. \$), Golfkrieg (102 Mrd. \$), Iran-Irak-Krieg (150 Mrd.\$), Jugoslawien (?), Tschetschenien (?), Nordirland (?), Afghanistan (?)...

**Soziale Kosten (Streiks, Arbeitslosigkeit):**

- Streiks: in den 1980er-Jahren weltweit über 5 Millionen Streiktage p. a.
- Kosten der Arbeitslosigkeit: mehr als 300 Mrd. US-\$ p. a. in den Industrieländern.
- Zerfall der Familien: in den USA wird jede zweite Ehe geschieden, in D jede dritte.

**Gesundheitsschäden:**

- Niedrige Produktivität im Gesundheitswesen: Informationsdefizite, fehlender Leistungsbewerb, starke Parikularinteressen, unzureichende Prävention. Falsche Ernährung z.B. verursacht in Deutschland ca. 100 Mrd. DM Kosten, weltweit 600 Mrd. US-\$. In den USA sterben durch Medikamente doppelt so viele Menschen wie durch Verkehrsunfälle.
- Psychische Störungen: 14 Prozent der Bevölkerung in den ökonomisch entwickelten Ländern sind psychisch schwer krank. Mindestens 25% der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, leiden vorwiegend an psychischen Störungen. 60 Prozent der deutschen Führungskräfte leiden unter Neurosen. Angst verursacht in Deutschland jährliche Schäden von etwa 100 Mrd. DM (Mobbing etwa 30 Mrd. DM), weltweit mehr als 1.000 Mrd. US-\$.
- Krankheitskosten verursacht durch schlechte Wasserqualität, Schlafstörungen, Luftverunreinigungen, Lärm, Rauchen, Scheidungen, Medikamentenmissbrauch = ?

**Sonstige unnötige Verluste/Kosten:**

- Informationsdefizite: Patentwesen (ca. 50% der F+E Ausgaben (etwa 300 Mrd. US-\$) sind redundant und könnten eingespart werden).
- Verkehr (Verluste durch Staus weltweit über 1.000 Mrd. US-\$). Deutschland: 200 Mrd. DM Schäden jährlich durch Verkehrsstaus).
- Weltweiter Umsatz mit Glücksspielen: Mindestens 800 Mrd. US-\$.

Liste I: Entropiefaktoren in unserer Gesellschaft (nach NEFIODOW<sup>1</sup>)



Teufelskreis der Armut im Zusammenhang mit der Entwicklung psychischer Erkrankungen dargestellt (Abbildung IV).

Hier handelt es sich nicht nur um ein theoretisches Modell, sondern es gibt hier ganz konkrete epidemiologische Zahlen, die dieses Modell in der Praxis bestätigen (Abbildung V).

## Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Diese Entwicklungen haben in den letzten Jahrzehnten dramatisch zugenommen. In der so genannten Wohlstandsgesellschaft finden sich Auswüchse aller Art, die als mögliche Ursachen letztlich natürlich im Sinne eines Mosaiks zum Ansteigen psychischer Erkrankungen führt. Aus wissenschaftlicher Sicht ist dieses Ansteigen bisher nur bedingt nachweisbar.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass immer mehr, und dafür gibt es Zahlen, Menschen die Diagnose einer psychischen Erkrankung erhalten und auch die Gesundheitssysteme zur Behandlung eben dieser Erkrankungen in Anspruch nehmen. Das kann damit zu tun haben, dass diese Krankheiten tatsächlich häufiger auftreten, aber auch damit, dass sie einfach häufiger erkannt und häufiger behandelt werden. Es wird möglicherweise,

dies ist nur eine Vermutung, eine Mischung aus beidem sein. Schwierig ist es epidemiologische Untersuchungen aus früheren Zeiten direkt mit den heutigen zu vergleichen. Dies deshalb, weil die Standards in der Erhebung völlig verschieden waren und daher eine direkte Vergleichbarkeit nur bedingt gegeben ist. Dennoch gibt es Versuche in dieser Richtung. Als Beispiel sei hier in der folgenden Grafik die Entwicklung hinsichtlich wesentlicher psychischer Erkrankungen über 10 Jahre dargestellt (Abbildung VI). Völlig außer Zweifel steht die Zunahme an Erkrankungen aus dem Demenzkreis. Durch die Überalterung der Bevölkerung in den zivilisierten Staaten nehmen Alterserkrankungen generell zu und hier natürlich im Speziellen die Demenzen. So nimmt die Alzheimererkrankung dramatisch zu. Wenn man so will, ist auch diese Entwicklung eine gesellschaftlich bedingte, weil es durch die sozialen Rahmenfaktoren zu einer Zunahme der Lebenszeit gekommen ist und damit auch zur Entwicklung dementieller Erkrankungen. Dies ist aber ein negativer Aspekt aus einer prinzipiell positiven Entwicklung, nämlich einer Zunahme des Lebensalters. Die anderen psychischen Erkrankungen, welche zunehmen, sind ja das Ergebnis negativer Entwicklungen, die oben

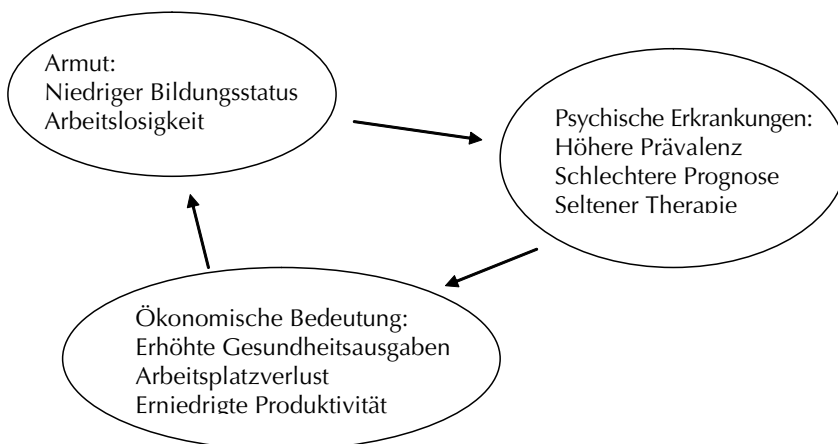


Abbildung IV: Zusammenhang Armut – Psychische Erkrankung

ausgeführt wurden, die aus individuellen, aber auch aus gesellschaftspolitischen Faktoren bedingt sind. Es gibt konkrete Hinweise, dass die neurotisch depressiven psychosomatischen Erkrankungen zunehmen, dass Persönlichkeitsstörungen zunehmen, aber auch Alkohol- und Drogenmissbrauch (siehe Abbildung VI).

Eine methodisch sehr saubere Arbeit kommt zu dem Schluss, dass sich keine Veränderungen zwischen 1990 und 2003 finden lassen.<sup>2</sup> Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine aufwändige nordamerikanische Studie, wobei im Mitarbeiterstab angelernte Interviewer waren, was eine Beeinträchtigung der Diagnosegenauigkeit bedingen kann. Vielleicht war aber in diesem Umfeld der Zeitraum auch zu kurz, um Effekte zu sehen.

Weltweit wurde aber eine Zunahme der Suizidquoten beobachtet (Abbildung VII).

All dies dürfte dramatischer Ausdruck der aufgezeigten Fehlentwicklungen sein. Es spricht also vieles dafür, dass die Gesellschaft tatsächlich psychisch krank macht.

### Kann man etwas dagegen tun?

Ganz wesentlich ist es natürlich im Primärbereich, das heißt niederschwellig bei praktischen Ärzten, bei psychosozialen Einrichtungen entsprechend professionelle Hilfe anzubieten. Es ist wichtig, dass weltweit ein Zugang zu Psychopharmaka besteht, dass auch in Ländern der Dritten Welt alle modernen Präparate zur Verfügung stehen. Es geht darum gemeindenah Hilfe anzubieten. Dazu bedarf es aber auch entsprechend geschulten Personals, um dies zu bewerkstelligen. Dies kann wieder nur in die Wege geleitet werden, wenn es einen ent-

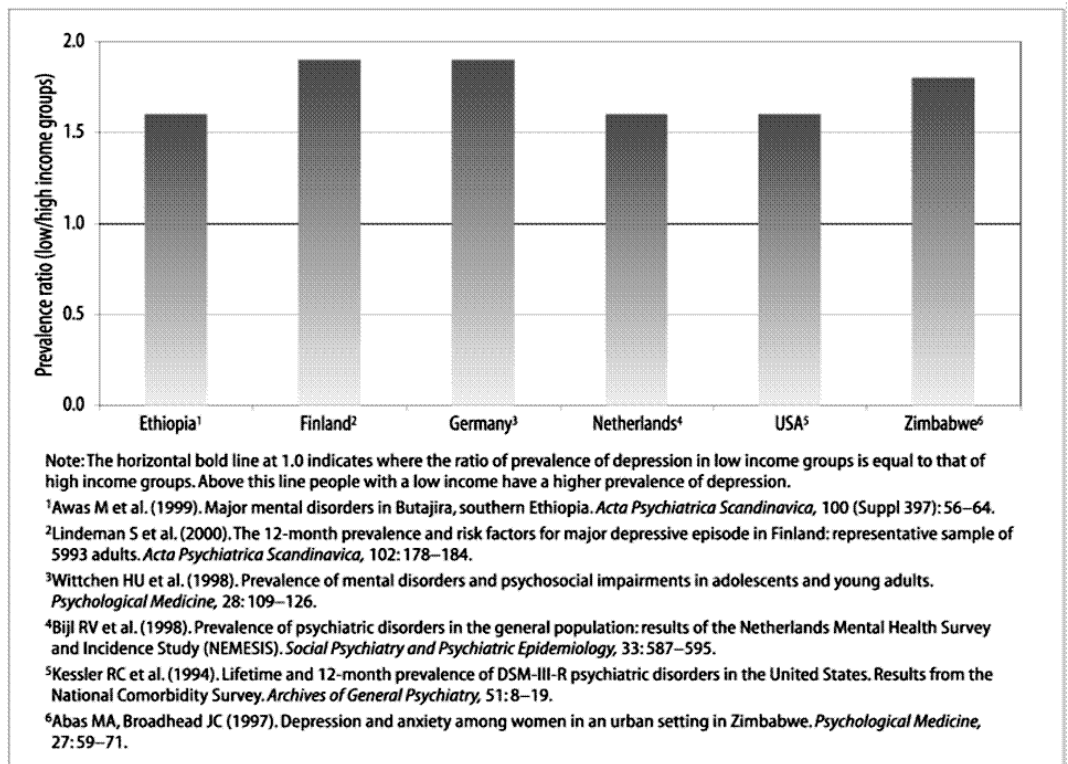


Abbildung V: Verbreitung von Depression nach Einkommensgruppen

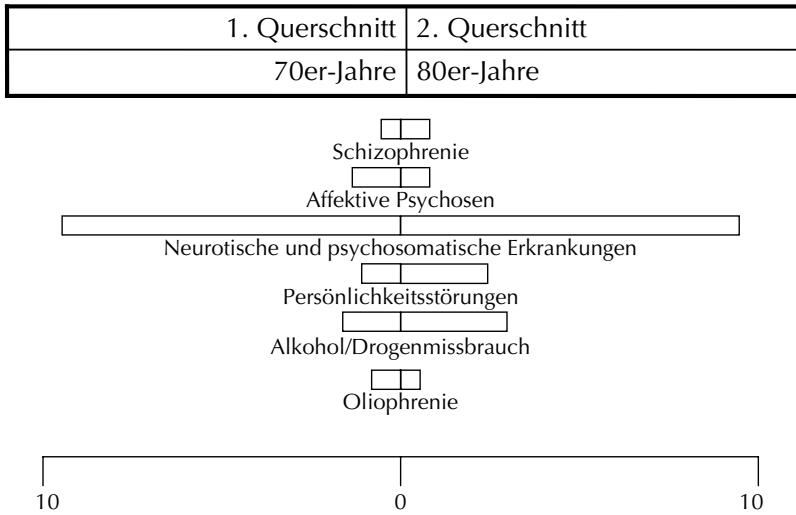


Abbildung VI: Häufigkeitsraten psychiatrischer Diagnosen nach ICD 8 (in %) mit Schweregrad > (mäßig bis sehr schwer). Repräsentative Stichproben > 15 Jahre für die 70er- und 80er-Jahre (nach FICHTNER).

sprechenden politischen Willen gibt, sich damit auseinanderzusetzen und auch Schwerpunkte zu setzen. Letztlich aber geht es auch darum, die geschilderten Faktoren besser kennen zu lernen, ihre Rolle besser zu erkennen, um auch Einfluss auf die Entwicklungen nehmen zu können.

Dazu bedarf es einer differenzierten Forschung, die gesundheitspolitisch äußerst relevant ist, im Sinne einer modernen Technikforschung, aber sicherlich nicht vergleichbare „gut verkaufbare“ Ergebnisse bringt. Die positiven Effekte sind Langzeiteffekte.

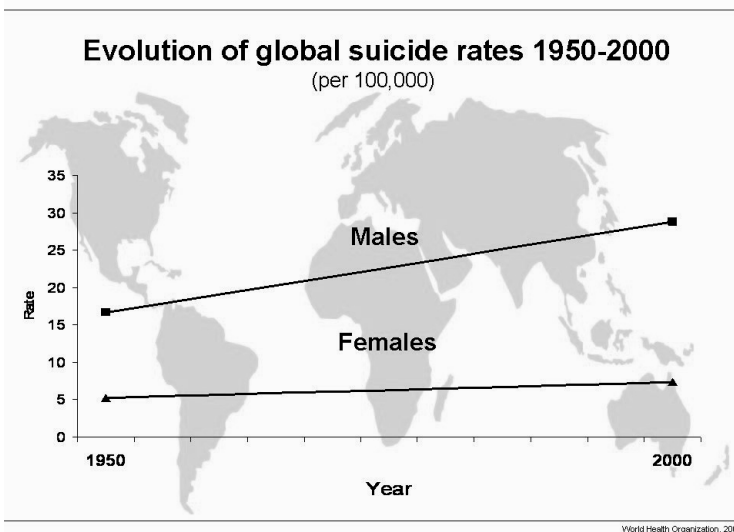


Abbildung VII: Entwicklung der weltweiten Selbstmordrate 1950-2000

Neben medizinischen Fragen stehen hier natürlich geopolitische im Vordergrund. Die nahezu vollständige Ausrottung der Tuberkulose in Mitteleuropa ist nicht nur eine Erfolgsgeschichte der Medizin, sondern auch der Sozialpolitik. Erst als Industriearbeiter nicht mehr unter widrigsten Umständen in überbelegten Wohnungen hausten mit denkbar schlechten hygienischen Bedingungen, konnte die Ausbreitung zurückgedrängt werden. Genau so ist es mit den psychischen Erkrankungen. Die wesentlichen Strategien müssen aus der Politik (Sozialpolitik) kommen. Erstmals in der Menschheitsgeschichte wird einem gesamten Land eine psychische Erkrankung attestiert, nämlich Deutschland. Es heißt, Deutschland sei in der Depression. Dies ist nicht ökonomisch gemeint, sondern es bezieht sich auf die Befindlichkeit der Bürger. Betreibt man Ursachenforschung so drängt sich der Verdacht auf, dass diese kollektive Depression mit psychosozialen Bedingungen in diesem Land, den Zukunftsperspektiven der Menschen zu tun hat.

## Ausblick

Es fällt schwer angesichts dieser Betrachtungen nicht sogleich in Pessimismus zu verfallen. Wir haben den Eindruck, dass wir vielen dieser Entwicklungen nahezu hilflos und ohnmächtig gegenüber stehen und dass sie uns überrollen. Naturgemäß gibt es keine Patentrezepte zur Lösung. Die Frage ist auch „Wo überhaupt ansetzen?“ In einer pluralistischen Gesellschaft ist es sehr schwierig generelle Standards zu entwerfen, die bindend sind. Die heute gültige, einfache Formel ist die Definition von Menschenrechten. Dies greift

sicher zu kurz, um nachhaltig verändernd einzugreifen. Erst wenn es entsprechende politische Taten gibt, kann auch die Psychiatrie das Ihre dazu beitragen, dass sich etwas bessert. Derzeit sind wir damit beschäftigt die Krisenfeuerwehr abzugeben. Strategische Planung gibt es dabei kaum. Es drängt sich auch die Frage auf, wann die politisch Handelnden aus ihrer Paralyse erwachen, ohne beständig zu beschwören, dass man die wirtschaftlichen Ströme sich selbst überlassen muss. Gott sei Dank ist es modern geworden, dagegen auftreten zu dürfen. Man hört bereits von Spitzenpolitikern einschlägige Kommentare. Dies betrifft aber nur die wirtschaftliche Seite. Was die Werterhaltung anlangt, so erleben wir das Diktat des „Alles muss erlaubt sein“. Wenn dann einer eindeutig Stellung zu einem heiklen gesellschaftspolitischen Thema bezieht, kann er seine Spitzenposition entweder gleich aufgeben oder erreicht nicht die nächste Stufe der Hierarchie bzw. wird er persönlich verächtlich gemacht. Dies verhindert eine Wertediskussion, die uns so nötig zur psychischen Gesundheit fehlt.

### Referenzen:

- 1 NEFIODOW L. A., *Der Sechste Kondratieff*, Rhein-Sieg Verlag, St. Augustin 2001
- 2 KESSLER R. C., *Prevalence and treatment of mental disorders 1990 – 2003*, N Engl J Med (2005); 352: 2515-2523

### Weiterführende Literatur:

- STATISTIK AUSTRIA, *Mikrozensus Österreich 2001*, Statistik Austria, Wien 2002
- MÖLLER H.-J., LAUX G., KAPFHAMMER H.-P., *Psychiatrie & Psychotherapie*, Springer Verlag, Wien 2003
- SENNETT R., *Der flexible Mensch*, Siedler Verlag, München 2000
- WORLD HEALTH ORGANISATION, *Report on Mental Health*, WHO, Genf 2002

## Überalterung der Gesellschaft – Überforderte Medizin

Birgitta STÜBBEN

Die intra- und intergenerationelle Solidarität wird in unserer Gesellschaft als ein hohes Gut gewertet. Dies zeigt sich in der öffentlichen Diskussion über das Altern der Gesellschaft und die damit verbundene Notwendigkeit einer Anpassung des sozialen Sicherungssystems an den veränderten Bevölkerungsaufbau. Auch wenn sich die Vorschläge über die Art der Anpassung zum Teil deutlich voneinander unterscheiden, so kann doch nicht in Abrede gestellt werden, dass Konsens in Bezug auf die intra- und intergenerationelle Solidarität als Kern unserer Gesellschaft besteht.

2001 hat die deutsche Bundesregierung dem Bundestag und der Öffentlichkeit den Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation vorgelegt. Der von einer unabhängigen Sachverständigenkommission erstellte und mit einer Stellungnahme der Bundesregierung versehene Bericht liefert unter dem Titel „Alter und Gesellschaft“ eine umfassende Bestandsaufnahme der Lebenssituation älterer Menschen und beschäftigt sich mit den politischen und gesellschaftlichen Herausforderungen der alternden Gesellschaft. Demographischen Vorhersagen zufolge wird ab 2020 jeder zweite Deutsche älter als 50 Jahre sein, 2030 sind mehr als die Hälfte der dann 76,7 Mio. Deutschen älter als 60 Jahre (statistisches Bundesamt). Beim alten und sehr alten Menschen gibt es einen wachsenden Unterschied des Anteils der Frauen.

### Das Bild vom alten Menschen

Das Bild vom alten Menschen ist widersprüchlich. Es ist verknüpft mit Assoziationen wie Einsamkeit, Hilfsbedürftigkeit, Passivität, Krankheit, Einschränkung der Funktionsfähigkeit und Ausgrenzung aus dem gesellschaftli-

chen Leben. Oder es fallen Schlagworte wie Unruhestand, junge Alte, mit 66 Jahren fängt das Leben erst an.

In Werbung und Medien ist das Bild des alten Menschen eher von Hilfsbedürftigkeit und Passivität geprägt: Er ist Subjekt für Haftcremes, Inkontinenzartikel oder erhöhtem Versorgungs- und Versicherungsanspruch. Negative Altersstereotype zeigen nur eine geringe Tendenz des Rückgangs. Das Alter entspricht eben einer Lebensphase, die für die meisten eine Zeitspanne von zwei oder drei Jahrzehnten umfasst, in der vielfach deutliche Veränderungen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit auftreten. Der Bericht greift die Metaphern vom „dritten“ und „vierten“ Lebensalter bzw. von den „jungen“ und „alten“ Alten auf, betont jedoch, dass es sich dabei um größere Verallgemeinerungen handelt und die körperlichen und psychischen Veränderungen im Alter vielfach graduell verlaufen.

Zusätzlich unterscheiden sich die älteren Menschen in ihren Biographien, Lebenslagen, Interessen und Kompetenzen. Die schon in früheren Lebensabschnitten bestehenden sozialen Unterschiede in der Bevölkerung setzen sich auch im Alter fort. Allerdings zeigen neuere empirische Studien zu der optimistischen Einschätzung, dass mit der steigenden Lebenserwartung die Menschen nicht nur älter werden, sondern auch länger gesund und funktionstüchtig bleiben. Sie wenden sich gegen Vorstellungen einer dramatischen Ausweitung der Gebrechlichkeit mit zunehmender Langlebigkeit.

### Implikationen des Alterns

Es ist bekannt, dass in modernen Gesellschaften die Lebensqualität im Alter stark von

der intergenerationellen Familiensolidarität als auch vom Dienstleistungsniveau abhängt, das der Wohlfahrtsstaat bzw. private Quellen bereithalten.

Trotz der Verschiedenartigkeit der Altersformen und Lebenssituationen und der gegenüber früheren Altengenerationen verbesserten materiellen und gesundheitlichen Lage der ins Rentenalter kommenden Menschen, müsse gesehen werden, dass mit zunehmendem Alter die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sinke, die Wahrscheinlichkeit chronischer und Mehrfach-Erkrankungen steige, die Gefahr sozialer Isolation und Einsamkeit im Zuge der Verkleinerung des sozialen Netzwerks und des Verlusts nahe stehender Menschen und das Risiko eigener Hilfsbedürftigkeit jedoch wüchsen. Besonders im hohen Alter komme es oft zu einer Kumulation von Anforderungen, Verlusten und Belastungen. Ob und wie die Betroffenen damit umgehen, wie sie dies bewältigen können, hänge entscheidend ab von den persönlichen Fähigkeiten, Interessen, Erfahrungen und Einstellungen, der Unterstützung durch das soziale Netzwerk, den finanziellen Ressourcen, den Wohnbedingungen, dem Spektrum sozialer und kultureller Angebote und den Leistungen der sozialen Sicherungssysteme.

Altern ist keine Krankheit, sondern ein physiologischer Rückbildungsvorgang, eine „als Funktion der Zeit entstehende irreversible Veränderung der lebenden Substanz“ (Max BÜRGER, 1962). Diese Veränderungen schränken beim gesunden älteren Menschen die Bewältigung der normalen alltäglichen Anforderungen im Allgemeinen bis ins hohe Alter nicht wesentlich ein. Dennoch kommt es zu einem fortschreitenden Verlust der physischen und psychischen Anpassungsfähigkeit.

Mit dem Erreichen hohen Alters ist häufig die Abnahme der sensorischen Fähigkeiten verbunden, die wiederum eine kognitive Minderleistung begründen können. Sensorischen Einschränkungen im Alter kann heute oftmals durch geeignete Seh- und Hörhilfen begegnet werden. Damit kann einer möglichen

Kommunikationsstörung und einem damit verbundener Verlust von Selbstwertgefühl entgegengewirkt werden.

Die Verlangsamung von Informationsverarbeitungsprozessen hat Auswirkungen auf die Bewältigung des Alltags insofern, als verlangsamte Denkprozesse die pro Zeiteinheit bewältigbare Informationsmenge reduzieren. Alte Menschen können durchaus noch einen beträchtlichen und stabilen Lernerfolg erzielen, vor allem wenn es sich um Automatisierungen in konsistenten Lernumwelten handelt. Beim Transfer erworbener Strategien auf andere Situationen kommt es zu Einbußen.

„Natürliche“ Altersvorgänge werden von psychischen und sozialen Faktoren überlagert, bzw. im Einzelfall sind diese ursächlich anzusehen für somatische Entwicklungen.

Das Altersbild der Gesellschaft, die Rollenerwartungen der sozialen Umgebung bestimmt zweifellos den Alterungsprozess des Individuums mit – meistens im Sinne einer Einengung des Verhaltensradius-, da ein negatives, am Defizitmodell orientiertes Altersbild zu Einschränkungen führt. Merkmale wie Traurigkeit und Depression werden mit zunehmendem Alter häufiger, ohne dass ein Zusammenhang zwischen Alter und Depression gefunden werden konnte. Eigenschaften wie Neurotizismus, Ängstlichkeit oder Extraversion verändern sich bis ins hohe Alter wenig und bleiben relativ stabil. Eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung gilt als Indikator erfolgreichen Alterns.

Häufige Ursache für das Alleinsein im Alter ist der Tod des Partners. In der Berliner Altersstudie waren etwa die Hälfte der über 70jährigen verwitwet. Hinzu kommt der Verlust weiterer nahe stehender Personen. Den Verlust zu überwinden, sich allein in der Wohnung wohl zu fühlen, fällt schwer. Durch eigene Erkrankung oder die des Partners sind Kontakte aus Familie, Beruf, Bekanntschaften und Freundschaften eingeschränkt oder bereits aufgegeben, da eine regelmäßige Kontaktaufnahme nicht möglich war und die Betroffenen

für diese bereits funktionslos waren. Die mithelfende Großfamilie ist in der heutigen Gesellschaft mit lokaler Flexibilität und häufigem Single-Haushalt die Ausnahme.

Es ist schwer abzusehen, welche Konsequenzen die Zunahme der Single-Leben in der Gestaltung der Altersrolle mit sich bringen wird. Dennoch konnte bislang in der Forschung keine damit verbundene eindeutige Erkrankungskorrelation nachgewiesen werden. FOOKEN kam zu dem Ergebnis, dass nicht generell von einer herabgesetzten Lebenszufriedenheit verwitweter Personen im Vergleich zu Verheirateten gesprochen werden kann.

Die Fähigkeit, den eigenen Haushalt ohne Hilfestellung durch Angehörige oder Fremdpersonal zu führen, nimmt mit zunehmendem Alter ab. Nach dem 85. Lebensjahr werden Hilfen deutlich häufiger erforderlich.

Die finanziellen Möglichkeiten der Einzelnen wirken sich gerade im Alter spürbar aus, bei der Pflege sozialer Kontakte wie bei der vielseitigen, anregenden Freizeitgestaltung, nicht zuletzt auf die Möglichkeit angemessener Pflege und Gesundheitsvorsorge. Inzwischen bricht aber auch eine neue Tendenz in der Gegenrichtung auf, in der sich Senioren zu Wohngemeinschaften in Wohnungsanlagen zusammenschließen und die vorhandenen Ressourcen gegenseitig einbringen.

## Umgang mit dem Altern

Die meisten Menschen haben Angst davor, zu den Alten zu gehören, alt und krank zu sein und dadurch Kontakte zu verlieren und zu vereinsamen.

Untersuchungen in den USA und Europa zu den Voraussetzungen der Lebenszufriedenheit im Alter haben übereinstimmend ergeben, dass die drei wichtigsten Voraussetzungen beziehungsweise Einflussfaktoren der subjektive Gesundheitszustand, der sozioökonomische Status und die soziale Aktivität beziehungsweise Teilhabe sind. Unter den sozioökonomischen

Faktoren werden vor allem Einkommen und die Wohnverhältnisse herausgestellt. Sie beeinflussen die Lebenszufriedenheit ganz wesentlich.

Das Alter stellt die Lebensphase dar, auf die wir uns am besten und am längsten vorbereiten können. Frank SCHIRRMACHER schreibt im „Methusalem-Komplott“: „Unsere Mission ist es alt zu werden. Wir haben keine andere. Es ist die Aufgabe unseres Lebens“. Gleichzeitig ist das Alter eine Lebensphase, die derzeit länger dauert als z.B. die Kindheit oder Jugend, beinahe auch länger als die Phase der Berufstätigkeit. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben erfolgte in den letzten Jahren aufgrund der ausgeweiteten Vorruhestandsregelung vorzeitiger als in früheren Generationen. Damit kam es zu einer Verjüngung und Freistellung von Berufstätigkeit im Alter.

Eine Heidelberger Längsschnittstudie ergab, dass 45% – 76% der Befragten die Pensionierung als Ausweitung des Lebenswertes erlebten und in allen Gruppen weniger als ein Drittel der Befragten die Pensionierung als Beschränkung in ihrem Leben ansahen. Die negative Bewertung der Pensionierung nimmt im Laufe der vergehenden Zeit ab.

Im verbesserten Selbstbewusstsein organisieren sich Senioren zunehmend ihr Leben. Bildungsangebote wie auch Seniorenstudium sind beliebt und gut frequentiert. Computer und Internetkurse werden wahrgenommen und eröffnen weitreichende Betätigungsfelder. Sie reisen, pflegen Hobbys, treiben Sport, übernehmen soziale, kulturelle oder kirchliche Aufgaben.

Das Zerrbild des ewig jungen, belastbaren Älteren, der nicht wahrhaben will, älter geworden zu sein, erschwert es dabei Betroffenen körperliche Grenzen zu akzeptieren und zu lernen, dennoch ein zufriedenes, genussvolles Leben zu erfahren.

Ursula LEHR, Gerontologin, meint, dass das Alter als eine Chance betrachtet werden solle, auch wenn Krankheit und sogar Pflege dazu gehören. Befriedigendes Leben heißt nicht nur erfolgreich zu sein.

Für die Gesundheit im Alter ist die Erhaltung und Neuaufnahme sozialer Kontakte von Bedeutung. Hierzu ist es erforderlich, Altwerden frühzeitig zu lernen und zu antizipieren (statt es zu negieren) und zu einem realistischen Selbstkonzept des eigenen Alters zu gelangen. Dazu zählen:

- Erhaltung der geistigen und körperlichen Funktionsfähigkeit, u. a. durch Selbstständigkeit
- Ausbau und Weiterentwicklung der Interessen und Kenntnisse sowie Hobbys
- Konsolidierung und Bewahren der ökonomischen Unabhängigkeit
- Selbstkontrolle der eigenen Lebensgewohnheiten
- Aufrechterhaltung und Einhaltung einer selbstbestimmten Ordnung im Tage-, Wochen- und Jahresablauf mit zukunftsorientierter Perspektive
- aktive Auseinandersetzung mit Fragen nach Sinn von Leben, Tod, Krankheit, Leiden, Freude, Hoffnung
- Verantwortungsbewusstsein für nachfolgende Generationen verbunden mit Zukunftsvisionen der Gesellschaft (zu der der Alte noch gehört!)
- Offenheit, neue Fähigkeiten, Erkenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben
- Pflege, Erhaltung und Wiederherstellung des Auftretens
- Aufrechterhaltung der „Gesellschaftsfähigkeit“

Die Gerontologie hat einige psychologische Konzepte untersucht, die als unmittelbare Gewinne des Alterns gesehen werden können: z. B.

- Reife
- Lebenswissen/ „Weisheit der Alten“

Früher hatten die Alten – die Weisen – aufgrund ihres Alters und ihres Wissens sowie der Lebens- und Berufserfahrung angesehene Funktionen auszuüben, die ihnen vorbehalten waren.

Alt wird man von selbst – Altsein kann man lernen.

Erstaunlich ist, dass nur ein geringer Pro-

zentsatz der Alten sich zum eigenen Tod Gedanken machen. FREUND fand nur bei 3% der 70- bis 84jährigen eine diesbezüglich positive Antwort, bei den 85- bis 103jährigen erst bei 9%. Dies zeigt, dass das Bewusstwerden des Todes keinen so hohen Stellenwert einnimmt, wie oftmals angenommen.

## Erkrankungsrisiko im Alter

Durch die altersbedingte Biomorphose mit Veränderungen der Gewebe und Organe mit fortschreitendem Alter wird die Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit reduziert, was wiederum mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko sowohl im physischen als auch im psychischen verbunden ist. 25% der über 65jährigen leiden an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. Dieser Prozentsatz wird sowohl bei einer früheren Untersuchung aus dem Jahr 1965 als auch aktuelleren der letzten 10 Jahre gefunden. Problemfaktoren, die signifikant häufiger im weiteren Verlauf mit einer Depression korreliert sind, sind Hilfsbedürftigkeit, Multimorbidität, Immobilität und Multimedikation. Nicht alle Verlust- und Belastungsfaktoren in Kumulation führen zu einer Beeinträchtigung oder psychiatrischen Erkrankung. Wider Erwarten haben insbesondere sensorische Funktionseinschränkungen nicht per se einen Einfluss auf die Erkrankungshäufigkeit. Entscheidend scheinen vielmehr subjektive Bewertungen der Belastungsfaktoren zu sein. MAERCKER fand heraus, dass Angststörungen im Alter häufiger vorkommen als bislang angenommen.

Die Anpassung an veränderte Lebensbedingungen im Alter ist nicht nur von den tatsächlichen Gegebenheiten, sondern von der kognitiven Bewertung der Situation durch das Individuum abhängig. Bei Personen, die die Situation als unveränderbar bewerten, finden sich eher Reaktionsformen wie Passivität oder Resignation und auch Depression.

Die allgemeine Tendenz zur Individualisie-



rung kann unter gleich bleibenden demographischen Umständen bei älteren Menschen, deren soziale Kontaktchancen wegen des Verlustes der Ehegatten-, Eltern und Berufsrolle vermindert ist, zusätzlich zur Vereinzelung und Vereinsamung wie auch damit verbunden zu psychischer wie physischer Erkrankung führen.

Die Medizin indessen ist nur ungenügend auf die besonderen Belange der Morbidität und der Funktionseinschränkungen im Alter ausgerichtet. Die Erkenntnisse und Konzepte der Geriatrie, der Gerontopsychiatrie und der Alterspsychotherapie werden bedauerlicherweise in der Versorgungspraxis noch wenig beachtet und umgesetzt. Hierin besteht dringender Handlungsbedarf.

#### Weiterführende Literatur:

- 1 Dritter Altenbericht mit dem Titel „Alter und Gesellschaft“, Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Postfach 201551, 53145 Bonn
- 2 FÜSGEN I., *Somatische Veränderungen im Alter*, in: FÜSGEN I., *Der ältere Patient* (3. Auflage), Urban & Fischer Verlag, München, Jena 2000, S. 3-7
- 4 BALTISSEN R., *Psychische Veränderungen im Alter*, in: FÜSGEN I., *Der ältere Patient* (3. Auflage), Urban & Fischer Verlag, München, Jena 2000, S. 7-8
- 5 BRANDSTÄTTER J., ROTHERMUND K., *Bewältigungsprozesse im höheren Lebensalter: Adaptive und protektive Prozesse*, in: KRUSE A. (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie 1*, Hogrefe Verlag, Göttingen 1997
- 6 JÜCHTERN J.-C., BRANDENBURG H., *Gerontologische Aspekte des demographischen Wandels*, in: NIKOLAUS T. (Hrsg.), *Klinische Geriatrie*, Springer, Berlin 2000
- 7 KLIEGL R., MAYR U., *Kognitive Leistung und Lernpotential im höheren Erwachsenenalter*, in: WEINERT F. E., MANDL H. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. D/II/5: Psychologie der Erwachsenenbildung*, Hogrefe Verlag, Göttingen 1997
- 8 LINDENBERGER U., BALTES P. B., *Kognitive Leistungsfähigkeit im hohen Alter: Erste Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie*, *Z Psychol* (1995); 203: 283-317
- 9 BALTES P. B., BALTES M. M. (ed.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, University Press, Cambridge, New York 1990
- 10 HÄFNER H., *Psychiatrie des höheren Lebensalters*, in: BALTES P. B., MITTELSTRASS J. (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*, De Gruyter, Berlin, 1992, S. 151-179
- 11 HAUTZINGER M., *Determinanten depressiver Reaktionen im Alter*, *Akt Geront* (1983); 13: 191-194
- 12 THOMAE H., KRANZHOF H. E., *Erlebte Unveränderlichkeit von gesundheitlicher und ökonomischer Belastung. Ein Beitrag zur kognitiven Theorie der Anpassung*, *Z Geront* (1979); 12: 439-459
- 13 DEIMLING G., *Soziale Veränderungen im Alter*, in: FÜSGEN I., *Der ältere Patient* (3. Auflage), Urban & Fischer Verlag, München, Jena 2000, S. 13-18
- 14 MAERCKER A., *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, Springer Verlag, Frankfurt/Main 2002
- 15 FOOKEN I., *Partnerverlust im Alter*, in: MAYRING P., SAUP W. (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse im Alter*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1990
- 16 BORCHELT M., GILBERG R., HORGAS A. L., GEISELMANN B., *Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter*, in: MAYER H., BALTES P. B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, Akademie Verlag, Berlin 1999
- 17 MAERCKER A., *Psychotherapie (Verhaltenstherapie) von Angststörungen im Alter*, *Nervenheilkunde* (2000); 51: 3-6
- 18 JOHANNSEN J., *Systemische Therapie mit alten Menschen*, in: JOVIC N., UCHTENHAGEN A. (Hrsg.), *Psychotherapie und Altern*, Fachverlag AG, Zürich 1995
- 19 NIEDERFRANKE A., *Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit der Berufsaufgabe und Partnerverlust*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1991 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend)
- 20 SAUP W., *Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim*, in: MAYRING P., SAUP W. (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse im Alter*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1990
- 21 FREUND A. M., *Die Selbstdefinition aller Menschen*, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin 1995

Dr. Birgitta STÜBBEN, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Bgm.-Dr.-Hartmann-Str. 50  
 D-86899 Landsberg am Lech  
 Birgitta.Stubben@psychiatrie-landsberg.de

**Bioethik: Umstrittene UNESCO-Deklaration angenommen**

Die UNESCO-Generalversammlung hat am 19. Oktober 2005 endgültig eine Deklaration angenommen, die weltweite Mindeststandards für ethische Fragen in der Medizin setzt. Die Erklärung ist rechtlich nicht bindend und lässt den Unterzeichner-Staaten offen, weiter reichende Schutzvorschriften einzuführen oder beizubehalten. Zum Hauptprinzip erklärte die Weltkulturerbeorganisation, dass das Interesse und das Wohlergehen des Einzelnen Vorrang vor dem alleinigen Interesse der Wissenschaft oder der Gesellschaft haben soll. Dennoch lässt die Deklaration unter bestimmten Voraussetzungen medizinische Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Menschen auch zu fremdnützigen Zwecken zu, wofür sie von mehreren Seiten kritisiert wurde. Etliche Staaten hatten erklärt, dass sie auch in anderen Einzelpunkten dieser nunmehr dritten richtungsweisenden Erklärung zur Bioethik, die von der UNESCO erarbeitet wurde, Nachbesserungen wünschen.

UNESCO, 19. Oktober 2005

**Bioethik: Österreicher in die Europäische Ethik-Beratergruppe berufen**

Der Präsident der Europäischen Kommission, José Manuel BARROSO, beschloss am 19. Oktober 2005 die neue Zusammensetzung der europäischen Gruppe für Ethik. Dieses unabhängige, multidisziplinäre Gremium berät die Europäische Kommission im Zusammenhang mit der Vorbereitung und Umsetzung der Politik und Gesetzgebung in der Europäischen Union in Fragen bezüglich Ethik in Forschung und moderner Technologie. Das Gremium besteht seit mehr als zehn Jahren und wurde nun – nach dem Auslaufen des alten Mandates und aufgrund der Erweiterung – neu zusammengesetzt. Neun der 15 Mitglieder wurden zum

ersten Mal ernannt, unter ihnen auch der österreichische Moralthologe Günter VIRT, der auch Mitglied der Österreichischen Bioethikkommission ist.

Die Nominierung der Mitglieder ist vom Vorsitzenden der Arbeitsgruppe Bioethik der großen Fraktion im Europäischen Parlament (EVP/ED), Peter LIESE, begrüßt worden, in der Erwartung, dass nunmehr, im Gegensatz zu Erfahrungen in der Vergangenheit, mehr Ausgewogenheit in der Gruppe herrschen würde. Der belgische sozialistische Europaabgeordnete Philippe BUSQUIN hingegen übte scharfe Kritik an der Neuzusammensetzung der Gruppe und beanstandete, dass das Gremium nun einseitig mit Lebensschützern besetzt und „nur eine Konfession“ vertreten sei. Es sei bedenklich, wenn eine „unausgewogene Gruppe“ die Rahmenbedingungen für die Forschung mittels neuer Biotechnologien bestimme und somit Europa den Anschluss an die weltweiten Forschungsbemühungen verpasse.

Offizielle Erklärung der Kommission der EU (IP/05/1338), 24. Oktober 2005

**Bioethik: Herbstvollversammlung und Erklärungen der COMECE**

In Brüssel fand in der Zeit vom 16. bis 18. November 2005 die Herbstvollversammlung der Kommission der katholischen Bischofskonferenzen der EU statt. Im Zentrum der Gespräche stand die Stärkung von Ehe und Familie. In der erarbeiteten Erklärung mit dem Titel „Plädoyer für eine europäische Familienstrategie“ wird insbesondere die Ehe als wesentliches Fundament der Familie hervorgehoben. Auf allen politischen Ebenen solle man sich unter Wahrung des Subsidiaritätsprinzips dafür einsetzen, die strukturelle Marginalisierung der Familie zurückzudrängen. Eine zweite Erklärung mit dem Titel „EU-Forschungsförderung und Ethik“ befasst sich mit einer ethisch vertretbaren Forschungspolitik und betont, „dass Forschung immer menschliches Leben und menschliche Würde schützen soll“. Deshalb fordern die Bischöfe, dass auf die Förderung von Projekten mit

menschlichen Embryos und embryonalen Stammzellen verzichtet wird.

Presseerklärung COMECE, 18. November 2005

**Lebenserhaltende Maßnahmen: Italien entscheidet sich für Ernährung**

Laut einer Entscheidung des italienischen Nationalen Komitees für Bioethik sollen auch künftig bei Komapatienten weder künstliche Ernährung noch Flüssigkeitszufuhr abgesetzt werden, wenn sonst die normalen Lebenszeichen und eine selbstständige Atmung vorhanden sind. Bioethikerin Claudia NAVARINI begründete den Beschluss damit, dass Nahrung und Wasser keine spezielle medizinische Behandlung darstellen, sondern Bestandteil der normalen Pflege sind.

Die Bedeutsamkeit und Aktualität dieses Entschlusses zeigte insbesondere der Fall eines 38jährigen Italieners, der, nachdem er zwei Jahre lang im Koma gelegen war, das Bewusstsein wiedererlangt hat. Gegenüber seinem Bruder erklärte Salvatore CRISAFULLI, dass er „alles verstand und vor Verzweiflung schrie“, während er in seinem Körper gefangen war. Manche Neurologen sind dagegen skeptisch, so etwa David BATES, Professor in Newcastle. Er wandte ein, dass möglicherweise kein Koma, sondern vielmehr ein Locked-in-Syndrom vorlag.

[www.poverno.it/bioetica/ferti/PEG.pdf](http://www.poverno.it/bioetica/ferti/PEG.pdf), 8. Oktober 2005

**Euthanasie: Depression als Hauptgrund für Sterbewunsch**

Wenige Patienten, die um Euthanasie oder ärztliche Beihilfe beim Selbstmord bitten, tun dies aus rationalen Überlegungen heraus. Vielmehr liegt diesem Wunsch häufig hauptsächlich psychische Not, einschließlich Depression und Hoffnungslosigkeit, zugrunde. Das geht aus einer Studie von

niederländischen Ärzten hervor, die im Journal of Clinical Oncology veröffentlicht wurde. Entgegen bisheriger klinischer Erfahrungen ergab sich, dass die Hälfte aller Sterbenswünschaussagen von depressiven Patienten getätigt wurde. Ezekiel J. EMANUEL, Bioethiker am amerikanischen National Institute of Health, bestätigt, dass es bemerkenswert wenige Belege gibt, die darauf hinweisen, dass qualvoller, unaufhörlicher Schmerz die Bitte um Sterbehilfe veranlasst. Von den ersten 15 Patienten in Oregon, die legal um ärztliche Beihilfe zum Selbstmord baten, litt nur einer unter schwersten Schmerzen.

*J Clin Oncol*, 20. September 2005

### **Pharmaindustrie: Finanzielle Verbindungen zwischen Richtlinienverfassern und Firmen**

Nachforschungen des Magazins *Nature* ergaben, dass ein Großteil der Wissenschaftler und Ärzte, die an der Erstellung von Richtlinien betreffend die Verschreibung von Medikamenten beteiligt sind, finanziell in Beziehung mit den Produzenten stehen. Mehr als ein Drittel der Verfasser erklärte, dass es finanzielle Verbindungen zu Pharma-Firmen gebe. Im konkreten Fall eines Gremiums, das Vorgaben bezüglich einer Behandlungsmethode für Anämie bei HIV-Patienten erarbeitete, war jedes einzelne Mitglied des Gremiums vom Arzneimittelhersteller bezahlt worden. Es gibt kaum Gutachter, für die sich dieser potentielle Interessenskonflikt nicht stellt. Die meisten werden direkt von Pharmafirmen für ihre Tätigkeit bezahlt.

*Nature*, 20. Oktober 2005

### **Pränataldiagnostik: Vereinfachte Diagnostik rückt näher**

Wissenschaftlern aus Hongkong ist es gelungen, Spuren embryonaler DNA im Blut der Mutter nachzuweisen. Dass sich einige wenige fetale Zellen im Blut einer schwangeren Frau befinden, ist bereits seit Jahren bekannt. Bisher konnte man allerdings die embryonale DNA von der der Mutter nicht trennen. Die

derzeit noch sehr umständliche Technik wird als weiterer Schritt zu einer einfacheren Methode der Untersuchung von Ungeborenen auf eventuelle Defekte gesehen. Sie soll die Einschätzung der Gesundheit eines Kindes mit geringerem Risiko als mit den herkömmlichen Mitteln ermöglichen.

*Proc Natl Acad Sci*, 3. Oktober 2005

### **PID: Embryonen können Defekte korrigieren**

Gemäß einer Studie, die von US-amerikanischen und kanadischen Forschern in Montreal präsentiert worden ist, kann die PID irreführende Resultate liefern. Es hat sich gezeigt, dass Embryonen fähig sind, im Laufe ihrer Entwicklung etwaige Defekte zu korrigieren. Etwa die Hälfte der Zellen der untersuchten Embryonen, die im Achtzellstadium Abnormalitäten aufwiesen, war im Blastozysten-Stadium bereits wieder normal. Eine Schlussfolgerung der Spezialisten war, dass „schadhafte“ Embryonen mögliche Quellen für embryonale Stammzellen sein könnten. Außerdem ergebe sich daraus, dass Embryonen, die wegen Abnormalitäten ausgeschieden werden, sich zu gesunden Babys hätten entwickeln können.

*Nature*, 20. Oktober 2005

### **Embryonenforschung: EU-Förderung weiterhin umstritten**

Die EU-Staaten sind erneut uneins über die Finanzierung von Forschungsprojekten mit embryonalen Stammzellen. Österreich, Deutschland, Italien, Luxemburg, Malta, Polen und die Slowakei verlangten am 28. November die Streichung derartiger Projekte aus dem gemeinschaftlich finanzierten 7. Forschungs-Rahmenprogramm der EU. Bildungsministerin Elisabeth GEHRER und die Vertreter der anderen sechs Länder plädierten dafür, solche ethisch umstrittenen Forschungsprojekte jeweils nur aus den nationalen Haushalten zu fördern, nicht aber mit EU-Geldern. Der deutsche Forschungs-Staatssekretär Wolf-Michael CATENHUSEN sagte nach den Beratungen

der Minister am Montag in Brüssel, er hoffe auf einen Kompromiss unter der österreichischen Präsidentschaft im ersten Halbjahr 2006. In ihrer Erklärung fordern die sieben Länder die EU-Kommission auf, Pläne bezüglich der Förderungswürdigkeit für Forschungsaktivitäten aufzugeben, „die den ‚Verbrauch‘ menschlicher Embryonen beinhalten“. Solche Entscheidungen sollten in der nationalen Zuständigkeit bleiben. Außerdem sollte in der EU-Forschung stärker das Potenzial adulter menschlicher Stammzellen ausgeschöpft werden. Offen ist derzeit noch die finanzielle Ausstattung des 7. EU-Forschungsrahmenprogramms. Während die Kommission eine Verdoppelung auf 73 Milliarden Euro bis 2013 vorgeschlagen hat, sehen die EU-Staaten im Juni Kürzungen auf 43 Milliarden Euro vor. Der endgültige Betrag ist Teil der EU-Finanzverhandlungen, die beim Brüsseler Gipfel im Dezember anstehen.

*KathPress*, 28. November 2005

### **Abtreibung: Schweden auf dem Weg zum europäischen Abtreibungszentrum**

Schweden will laut einem aktuellen Regierungsbericht Ausländern künftig die Türen für Abtreibungen öffnen. Die Regierung fordert, ausländischen Frauen mit Aufenthaltsgenehmigung die Möglichkeit einer Abtreibung zu erlauben. Einzige Bedingung soll sein, dass die Frauen selbst für die Abtreibung bezahlen müssen. Schweden hat das liberalste Abtreibungsgesetz der nordischen Länder Europas und gewährt das Recht, bis zur 18. bzw. mit Bewilligung der sozialen Aufsichtsbehörde bis zur 22. Schwangerschaftswoche eine vorgeburtliche Kindstötung vornehmen zu lassen. Die Abtreibungsrate in Schweden ist eine der höchsten in Europa. So wurden etwa im vergangenen Jahr 34.500 Abtreibungen vorgenommen. Der neue Trend, auch Nichtbürgern Abtreibungen zu erlauben, habe bereits im vergangenen Jahr begonnen. In vier EU-Ländern Irland, Malta, Polen und Portugal sind vorgeburtliche Kindstötungen weitgehend verboten.

*kath.net*, 9. November 2005

---

### **Lebensschutz: Stiftung zur Unterstützung von Frauen in Liechtenstein**

Erbprinzessin SOPHIE hat Anfang November in Liechtenstein die Gründung einer Stiftung zur Unterstützung von Frauen im Schwangerschaftskonflikt angekündigt. Neben professioneller Beratung und Aufklärung (Prävention und Bildung) soll vor allem auch konkrete, individuelle Hilfe in Konfliktsituationen angeboten werden. Dieser Not von Frauen im Schwangerschaftskonflikt will Erbprinzessin SOPHIE durch eine umfassende und individuelle – wenn nötig auch finanzielle – Unterstützung entgegenwirken. „Ich werde mich persönlich dafür einsetzen, dass keine Frau in Liechtenstein aus wirtschaftlichen Gründen eine Abtreibung in Erwägung ziehen muss... Wir müssen viel mehr auf die Erfahrungen und Bedürfnisse von Frauen hören. Ich bin davon überzeugt, dass wir Frauen im Schwangerschaftskonflikt besser als bisher unterstützen können. Schwan-

gere Mütter in Not brauchen zuerst einmal die bestmögliche Beratung, nicht nur medizinisch, sondern vor allem auch psychosozial.“ Zur Abtreibung meint die Erbprinzessin: „Abtreibung ist keine gute Lösung, sondern schafft neue Probleme, nicht zuletzt für die betroffene Frau. Es ist mein Ziel, Frauen jede Form von Unterstützung zu ermöglichen, die sie für eine gute Entscheidung brauchen.“

Die Stiftung soll ein Netzwerk mit ausländischen Beratungsstellen aufbauen und bis März 2006 ihre operative Tätigkeit aufnehmen.

*Pressemitteilung aus dem Fürstenhaus von Liechtenstein, 11. November 2005*

---

### **Psychiatrie: Vermehrter Einsatz von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen**

Dem Einsatz von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen wird schon seit längerer Zeit eine Erhöhung der Suizidgefahr angelastet. Eine rezente

Studie von Wissenschaftlern der amerikanischen Stanford University School of Medicine hebt hervor, dass in den vergangenen Jahren die notwendige Psychotherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen immer häufiger durch die oftmals allzu leichtfertige Anwendung von Psychopharmaka verdrängt und ersetzt wird, anstatt dass beide therapeutischen Konzepte bei der Betreuung der depressiven jungen Patienten parallel und komplementär Anwendung finden. Problematisch dabei ist, dass die Nebenwirkungen und Langzeitfolgen von Antidepressiva in dieser Altersgruppe noch unzureichend erforscht sind. Daher gilt es, bei der medikamentösen antidepressiven Therapie bei Kindern und Jugendlichen besondere Vorsicht walten zu lassen. In Österreich ist – ähnlich wie in anderen europäischen Ländern – kein einziges Antidepressivum für Kinder und Jugendliche gesetzlich zugelassen, weswegen Verschreibungen häufig „off-label“, also ohne gesetzliche Absicherung erfolgen.

*PTE, 18. November 2005*

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2005/4

Editoriale: Dopo il referendum;

J. M. LE MÉNÉ: Etica sanitaria e gestione della salute mondiale;

I. CARRASCO DE PAULA, D. SACCHINI: Valori comuni e politica sanitaria per un'europa unita;

G. D'ADDELFIO: Considerazioni etiche sul tema della qualità della vita: l'approccio delle capacità di Martha Nussbaum;

S. PECORA, M. CINGOLANI: L'evoluzione del processo informativo tra medico e paziente: dall'esigenza "contrattuale-formalistica" a quella "umana";

A. GIANNELLI CASTIGLIONE, M. PAGANELLI, A. BRAIDOTTI, F. VENTURA: Riflessioni bioetiche circa il trapianto di mano;

L. M. BUCCI, M. PAGANELLI, A. VENTURA, F. VENTURA, R. CELESTI: Osservazioni etiche e implicazioni medico-legali in materia di "test genetici".

HASTINGS CENTER REPORT

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Volume 35 No. 4, 2005

From the Editor: Making Policy;

Another Voice: Neil C. MANSON: How Not to Think about Genetic Information;

In Practice: Rachele BERNACKI: Not at Peace;

At Law: Carl E. SCHNEIDER: Gonzales v. Raich: Making a Federal Case of It; Policy & Politics: R. Alta CHARO: Realbioethik;

Essays: Jonathan H. MARKS: Doctors of Interrogation;

Susan M. WOLF, Jeffrey P. KAHN: Bioethics Matures: The Field Faces the Future;

Bonnie STEINBOCK: Alternative Sources for Stem Cells;

Mark ROTHSTEIN: Genetic Exceptionalism and Legislative Pragmatism;

Autumn FIESTER: Creating Fido's Twin: Can Pet Cloning Be Ethically Justified?;

Mildred Z. SOLOMON: Realizing

Bioethics' Goals in Practice: Ten Ways "Is" Can Help "Ought";

Perspective: Simon J. CRADDOCK LEE: The Risks of Race in Addressing Health Disparities.

Volume 35 No. 5, 2005

From the Editor: Rethinking the Ethics of Research;

Another Voice: Karen J. MASCHKE: Reconciling Protection with Scientific Progress;

In Practice: Anna B. REISMAN: Indiscretions;

At Law: Lawrence O. GUSTIN: The Negative Constitution: The Duty to Protect;

Policy & Politics: Jeremy SUGARMAN: Should the Gold Rule? Assessing "Equivalent Protections" for Research Participants across International Borders;

Essays: Jennifer S. HAWKINS, Ezekiel J. EMANUEL: Clarifying Confusions about Coercion;

David ORENTLICHER: Making Research a Requirement of Treatment: Why We Should Sometimes Let Doctors Pressure Patients to Participate in Research;

Lynn A. JANSEN: A Closer Look at the Bad Deal Trial: Beyond Clinical Equipoise;

David WENDLER: Protecting Subjects Who Cannot Give Consent: Toward a Better Standard for "Minimal" Risks; Reviews: Carol LEVINE: Every Picture

Tells a Story... and Then Some;

Mary B. MAHOWALD: Reproductive Technology: Overcoming the Objections;

Perspective: Elisabeth HEITMAN, Lida ANESTIDOU, Cara OLSEN, Ruth Ellen BULGER: Do Researchers Learn to Overlook Misbehavior?.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

13. Jahrgang Heft 3, 2005

Leitartikel:

Hartmut KRESS: Menschenwürde – Aktuelle Probleme von Stammzellforschung und Reproduktionsmedizin – Status des Embryos. Neue Ansatzpunkte für rechtspolitische

Weichenstellungen;

Reinhold ESTERBAUER: Mehr oder weniger Mensch. Zu einigen erkenntnistheoretischen Aspekten im Vorfeld ethischer Fragestellungen; Franz-Herbert HUBMANN: Das sogenannte Böse;

Diskussionsforum:

Kurt RÖTTGERS: Die theoretische Auferstehung des Menschen angesichts praktischer Prozesse der Entdifferenzierung. Anmerkungen zu zwei neuen Büchern von Gertrud Brücher; Andreas GERBER, Karl W. LAUTERBACH: Der Begriff des Unethischen: ein hilfreiches Konstrukt? Eine Problemzeige.

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

12. Jahrgang, Heft 5, 2005

Wolfgang MAZAL: Editorial;

Beiträge:

Peter STEINER: Drittmitteleinwerbung im Krankenhaus. Ein Überblick zur aktuellen Rechtslage;

Otto WRUHS, Gustav SCHNEIDER: Kausalitätsbeurteilung bei Extremitätenverlust nach Arbeitsunfall und Anlageschaden.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 14 (2005), fasc. 2

Studi:

Juan Andrés MERCADO: Utilitarismo e sentimentalismo in David Hume;

Juan José SÁNGUINETI: Operazioni cognitive: un approccio ontologico al problema mente-cervello;

Note e commenti:

Costica BRADATAN: Alchemists or ecologists? Some remarks on the philosophy of alchemical transmutation;

Alessandro GHISALBERTI: Transcendenza. L'itinerario metafisico di Dante Alighieri;

Jaume NAVARRO: More than two Faces of Common Sense;

John F. PETERSON: Subjectivity and Objectivity in Truth;

Christof RAPP: L'arte di suscitare le emozioni nella Retorica di Aristotele.

ACTA MEDICA CATHOLICA HEL-  
VETICA  
Vereinigung katholischer Ärzte der  
Schweiz  
7. Jahrgang, Heft Nr. 2/2005 (Septem-  
ber 2005)  
Die moderne Medizin und die Beihilfe  
zum Suizid in der Schweiz:

N. ZWICKY-AEBERHARD: Heilung und  
Heil aus der Sicht des Glaubens;  
C. CASETTI: Über Versöhnung und  
Buße;  
O. TÖNZ: Stirbt die Schweiz aus?  
(Demographische Fakten und Per-  
spektiven);  
C. CASETTI: Zum Jahr der Eucharistie;

R. EHMANN: Vielfältige Bedrohung  
ungeborenen Lebens;  
J. M. BONNEMAIN: Eine Lebensbot-  
schaft im Tode;  
N. ZWICKY-AEBERHARD: Sympo-  
sium "Heilmittel Embryo?";  
G. LUIGI: FIAMC „orale Kontrazepti-  
va“.

**„MUSS DAS ALLES NOCH SEIN?!“ WEGE ZUR ETHISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG AM KRANKENBETT**

Rainer SCHÄFER, Günter SCHUHMAN (Hrsg.)  
*Königshausen & Neumann, Würzburg 2005*  
 80 Seiten  
 ISBN 3-8260-3137-7

Die Akademie für Palliativmedizin der Stiftung Juliuspital Würzburg legt das Ergebnis einer halböffentlichen Veranstaltung zum Thema Ethik in der Strategie der Behandlung von todgeweihten Patienten vor.

So ein „Live-Mitschnitt“ von Beiträgen engagierter Fachleute, deren Diskussion untereinander und mit dem Auditorium kann eine zwiespältige Angelegenheit sein, besonders wenn sie sich auch an Laien bzw. „die Öffentlichkeit“ wendet.

Im gegenständlichen Falle ist es aber den Herausgebern (Anästhesist, Pflegedirektor) gelungen, in einer gut lesbaren, fachlich kompetenten und komprimierten Darstellung die Ambivalenzen aufzuzeigen, die sich aus dem Problemkreis: tödliche Krankheit – medizinische Hochtechnologie – ethische Aspekte ergeben, und sie sehr praxisbezogen mit den vielfältigen Fragen zur Patienten-(Voraus-)Verfügung zu verquicken.

Die medizinischen Beiträge stammen überwiegend von Mitarbeitern der Stiftung, die sich – ausgehend vom konkreten Fall einer Patientin mit Brustkrebs unter multimodaler, langjähriger Therapie – mit den Aspekten der konkreten Therapieziele und deren Nachhaltigkeit befassen. Immer wieder, und im Verlauf der Diskussion immer mehr, wird auf die Rolle der Patientenverfügung eingegangen, wobei dem Juristen aufgrund der (noch) dürftigen Gesetzeslage schwere Aufgaben gestellt werden. Dieses Thema wird schließlich gerade in den letzten Monaten und Jahren weltweit

diskutiert, da es in seltener Komplexität Fragen der persönlichen Intentionalität, der Allgemeingültigkeit und damit der juristischen Verankerung zur Deckung bringen soll.

Die Grundsatzvorträge (herausragend: Prof. MÜLLER-BUSCH, Anästhesist und Palliativmediziner aus Berlin-Havelhöhe) und die Diskussionsbeiträge (Pflegedienst, Seelsorger, Sozialarbeiter, Jurist) sind straff redigiert, lebendig und gut zu lesen. Tatsächlich werden alle inhärenten Probleme angesprochen, auch wenn sie nicht in extenso ausdiskutiert werden können. Immerhin kommen Benefizienz, Non-Malefizien und Gerechtigkeit ebenso zur Sprache wie Sterbehilfe (negativ bewertet) und terminale Sedierung (ambivalent) vs. Palliativmedizin bzw. Hospiz.

Auch wenn man – wie der Referent – solches schon viele Male und in verschiedenster Verpackung gelesen und gehört hat, muss man diesem Büchlein Bewunderung zollen:

Die Beiträge sind überwiegend in jenem verknappten Stil gehalten, dessen sich jemand bedienen darf, der sich selbst oft und angelegentlich mit der Sache auseinandergesetzt hat.

Fazit: Die Entscheidung über Therapie-Reduktion oder -Verzicht bleibt an den Behandlern und den Patienten selbst hängen, wobei letztere in der Regel von Angehörigen vertreten werden müssen. Eine Patienten-Vorausverfügung wäre hilfreich, ist aber derzeit in keine autorisierte, allgemeingültige Form zu pressen.

Das schmale Büchlein birgt also mehr an gediegener Reflexion über das Thema, als man fürs Erste vermuten würde. – Für Ärzte, bes. Palliativmediziner und Onkologen, Pfleger und Medizinstudenten sowie Sozialarbeiter zur Basisinformation; darüber hinaus wegen seiner einfachen, klaren Diktion auch und besonders geeignet für Laien – interessierte und selbst betroffene.

F. KUMMER

## DER TOD IN DER PHILOSOPHIE DER GEGENWART

Bernard N. SCHUMACHER

*Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2004*

294 Seiten

ISBN 3-534-15403-7

Wenn unter „Gegenwart“ im Titel von SCHUMACHERS Buch zeitlich das eben vergangene 20. Jahrhundert verstanden wird, so mag den Lebensstil dieses Jahrhunderts durchaus die auch vom Autor im Vorwort benannte „Verdrängung“ des Todes kennzeichnen. Der objektive Blick entlarvt allerdings die Beseitigung des Todes nicht nur als Illusion, sondern entdeckt moderne Formen des Tötens, deren Verdrängung tatsächlich erschreckend ist. Es ist ja gerade der zum Teil bereits gelungene Versuch, diese Formen des Tötens – konkret: Abtreibung und Euthanasie – im Namen der Humanität zu legalisieren, der SCHUMACHERS Buch Aktualität verleiht. Dass SCHUMACHER nicht diese Formen des Tötens direkt einem ethischen Diskurs unterwirft, sondern den Tod in theoretischer Sicht in den Blick nimmt, ist dem Sichtbarmachen von grundsätzlichen Positionen, die sich hinter der ethischen Argumentation verbergen, durchaus dienlich.

SCHUMACHER konzentriert sich auf drei Probleme: die Natur des Todes, das Wissen um die Sterblichkeit und den menschlichen Tod als solchen und schließlich im Anschluss an EPIKURS These vom „Nichts des Todes“ auf die Frage, ob der Tod nichts ist im Vergleich zu uns oder im Gegenteil als ein Übel anzusehen ist (vgl. S. 16).

Der erste, relativ kurze und sehr konzentrierte Teil des Buches: „Definition und Natur des Todes“ leistet durch exakte Begriffsbestimmung und der Unterscheidung verschiedener Ebenen einen notwendigen philosophischen Beitrag zur politisch-ethischen Diskussion zu verschiedenen Problemen, die Tod und Sterben aufwerfen. So spielt die mit der Definition des Todes zusammenhängende praktische,

aber auf zuverlässigen Kriterien bauende Feststellung des konkreten Todeszeitpunktes für die Praxis von Organverspflanzungen eine erhebliche Rolle. Die Unterscheidung von „biologischen“ und „personalen“ Tod hat wiederum für die eingangs erwähnte Diskussion um die Erlaubtheit von Abtreibung und Euthanasie über Leben und Tod entscheidende Auswirkungen. Die vom Autor gewählte Definition des ‚biologischen‘ Todes als irreversiblen, dauerhaften Stillstand des Lebens (vgl. S. 17) ist zwar auf alle Lebewesen anwendbar, für die ethisch-politische Diskussion, die der Autor eingestanden und berechtigt ausklammert, wären allerdings die Wirkungen der beiden Definitionen zu bedenken und zu beschreiben.

Bereits hier erweist sich eine andere Beschränkung des Buches aus der Sicht des Rezensenten als entscheidender Nachteil – nämlich die Ausklammerung von metaphysischen Fragen um ein mögliches Fortleben nach dem Tode. Auch für SCHUMACHER selbst bedeutet diese Ausklammerung nicht, wie er in der Einleitung anmerkt, dass diese Fragen überholt seien. Für den Rezensenten ist diese Ausklammerung allerdings insofern problematisch, als sie für die Definition der Natur des Todes und aller daraus sich entwickelnden Fragen und sich ergebenden Antworten von entscheidender Bedeutung ist. Letztlich hängt alles an dieser, sicher die Möglichkeiten philosophischer Reflexion überschreitenden Frage. Daher die bescheidene Frage des Rezensenten, ob die Ausklammerung dieser entscheidenden Frage vernünftig ist.

Wenn aber andererseits der Verlust der metaphysischen Sensibilität für die erwähnten modernen Formen des Tötens und der politischen Forderung ihrer Legalisierung verantwortlich ist, kann die Ausklammerung metaphysischer Fragen, insofern sie der Verdeutlichung des geistigen Hinter- und Untergrundes dieser Forderungen dient, auch wieder als Stärke von SCHUMACHERS Buch gesehen werden. Der Rezensent dankt es jedenfalls der



Lektüre dieses Buches, dass ihm nach jedem Kapitel und bei jedem Thema des Buches die Notwendigkeit metaphysischen Fragens bewusster wurde.

Dieser Zwischenruf gilt auch für den zweiten Teil des Buches, der der „Theorie der Erkenntnis vom Tode“ gewidmet ist. Zunächst wird im Blick auf das Tier, den Primitiven und das Kind nicht nur das Problem verdeutlicht, sondern auch die zeitgenössische Tendenz der Verwischung von geläufigen Unterscheidungen durch Vermenschlichung des Tieres bzw. Vertierlichung des Menschen gezeigt. Anhand verschiedener Vertreter zeitgenössischer Philosophie – insbesondere SCHELER, HEIDEGGER, SARTRE und Vertreter der analytischen Tradition – wird dann der Versuch unternommen, „die Autoren der zeitgenössischen Philosophie, die sich mit dem Tod aus theoretischer Sicht beschäftigen, miteinander ins Gespräch zu bringen.“ (S. 247) Ohne auf Einzelheiten dieser Darstellung einzugehen, kann gesagt werden, dass diese sehr konzentrierte Darstellung, die sehr bewusst einen bestimmten Gesichtspunkt in den Vordergrund stellt, große Kenntnis und intensive Beschäftigung offenbart.

Der dritte mit „Der Tod geht uns nichts an?“ überschriebene Teil des Buches nimmt zunächst die epikuräische Herausforderung vom „Nichts des Todes“ an: „Der Tod geht uns nichts an; denn solange wir existieren, ist der Tod nicht da, und wenn der Tod da ist, existieren wir nicht mehr.“ (S. 177) Vor der Auseinandersetzung mit dieser These, die in der zeitgenössischen Philosophie in unterschiedlichen Formen immer wieder auftaucht, zeigt eine kurze philosophie-geschichtliche Wanderung, wie EPIKURS These, wenn auch gewandelt, immer wiederkehrt. Auch die Philosophie der Gegenwart greift längst vertretene Positionen auf und wandelt sie. SCHUMACHER entgegnet der epikuräischen Provokation schließlich, indem er ihr den „Tod als ein Übel der Privation“ entgegensetzt. „Die Frage nach dem Übel des Todes (für den Toten selbst), die ich hier theoretisch erörtert

habe, ist von entscheidender Bedeutung in der aktuellen ethischen Todesdebatte, die sich dessen aber nicht hinreichend bewusst ist. Die meisten zeitgenössischen Moralphilosophen akzeptieren im Allgemeinen, dass es ein großes Unglück ist, getötet zu werden. Wenn Epikur recht haben sollte, also wenn der Tod eines anderen sich nicht als ein Übel für diesen betrachten lässt, wie kann man dann behaupten, dass dem, der getötet wird, ein Übel widerfährt? Will man auf einleuchtende Weise aufzeigen, dass ‚X‘ zu töten bedeutet, dass man ihm ein Unrecht antut, dann muss man erklären, warum der Tod ein Übel für jemanden sein soll, der tot ist. Auf diese Weise öffnet die vorliegende Arbeit den Weg in eine neue Todesreflexion.“ (S. 252)

Vielleicht ist aber das Ergebnis einer solchen neuen Todesreflexion, wenn sie auch von metaphysischer Sensibilität geleitet wird, die uralte Einsicht: „Du sollst nicht töten!“ – auch wenn sich die Sterblichkeit des Menschen – sein „Sein-zum-Tode“, um es mit HEIDEGGER auszudrücken – nicht beseitigen lässt. Wenn man allerdings ein Gehör für die Offenbarung hat, lässt sich Tod auch als Durchgang zum eigentlichen Leben verstehen. Mag man das Fehlen solcher Perspektiven auch als Mangel empfinden, so kann SCHUMACHERS Buch „Der Tod in der Philosophie der Gegenwart“ durchaus zum Verständnis gegenwärtiger Strömungen und Denkweisen dienen und daher empfohlen werden. Der Wechsel von allgemein-verständlichen mit sehr fachspezifisch philosophischen Abschnitten fordert vom nichtphilosophischen Leser allerdings einiges an Anstrengung. Einige Tippfehler und auch – möglicherweise von der Übersetzung aus dem Französischen herrührende – sprachliche Holprigkeiten sollten dem Nutzen der Lektüre dieses Buches nicht entgegenstehen, zumal dieser durch eine reichhaltige Bibliographie und ein sehr brauchbares Namens- und Sachregister ergänzt wird.

Ä. HÖLLWERTH

**VIKTOR FRANKL UND DIE PHILOSOPHIE**

Dominik BATHYÁNY, Otto ZSOK (Hrsg.)

*Springer-Verlag, Wien 2005*

318 Seiten

ISBN 3-211-23623-6

Vor einhundert Jahren wurde Viktor E. FRANKL, der Begründer der Logotherapie und Existenzanalyse, in Wien geboren. Diesem Anlaß widmen die Herausgeber ein Buch, das die Bezüge von FRANKLS „Dritter Wiener Schule der Psychotherapie“ zur Philosophie aufzeigen soll. Konzipierung, Begründung und Entwicklung der Logotherapie sind ohne den Einfluß der Philosophie gar nicht denkbar, wie BATHYÁNY und ZSOK in ihrer einleitenden „Widmung und Würdigung“ feststellen. In siebzehn Beiträgen internationaler Autoren wird diesen Verbindungen aus unterschiedlichen Positionen und auf unterschiedlichem Niveau nachgegangen, wobei die philosophische Anthropologie den Schwerpunkt bildet. Überschneidungen sind dabei unvermeidlich, beinahe jeder Artikel bringt aber zumindest einen eigenen Blickwinkel. Zum Verständnis der meisten Artikel sind philosophische Grundkenntnisse erforderlich. Zwei Artikel (FIZZOTTI, LEONTIEV) sind auf Englisch verfaßt, einer (LE VAOU) auf französisch.

Am Anfang der Logotherapie stand eine philosophische Einsicht. Viktor FRANKLS Weg in die Logotherapie begann mit der Überwindung der Individualpsychologie Alfred ADLERS, deren Menschenbild er als verkürzt ablehnte. Das arbeiten FETZ/GRAESSNER und HENCKMANN in ihren Artikeln deutlich heraus. Zeit seines Lebens bekämpfte FRANKL reduktionistische Auffassungen des Menschen. Erkenntnisse der Biologie, Soziologie und der Psychologie Freuds und Adlers seien zwar hilfreich, aber nicht ausreichend, um den Menschen zu bestimmen, ja sie übersehen das Wesentliche: das Geistige. Diesen wichtigen Punkt in FRANKLS Denken stellen LESER und FIZZOTTI gut dar.

Elisabeth LUKAS geht in ihrem Artikel auf einen zentralen Aspekt in FRANKLS Anthropolo-

gie ein. Weil die geistige Person nicht auf Leib und Seele zurückführbar ist, kann sie durch Krankheit zwar ohnmächtig, aber nicht zerstört werden. Der Mensch bleibt daher unter allen Bedingungen fähig, von seinem Psychophysikum abzurücken und sich dazu in fruchtbare Distanz zu setzen. Diese Auffassung garantiert jedem Menschen Achtung seiner Würde. Diesen zeitlos wichtigen Punkt in FRANKLS Werk dargestellt zu haben, ist LUKAS gut gelungen.

FRANKL entdeckte zu Beginn des 20. Jahrhunderts das grundlegende Bedürfnis des Menschen nach Sinn und betrat damit direkt den Bereich der Philosophie. Das, was er als „existentielles Vakuum“ beschreibt, ist heute sichtbareren denn je, wie FINTZ richtig feststellt. Bleibt die Sinnfrage unbeantwortet, kann dies zu Neurosen führen. Diese sogenannten „noogenen Neurosen“ sind Krankheiten aus dem Geist, aber nicht im Geist. Sie müssen daher auch vom Geistigen her behandelt werden.

Von wesentlichem Einfluss für FRANKL waren zwei philosophische Richtungen: die Phänomenologie Max SCHELERS und der deutsche Existentialismus. Anette FINTZ weist dankenswerter Weise auf einen grundsätzlichen Aspekt des Verhältnisses von FRANKL zur Philosophie hin: Philosophische Konzeptionen dienen für ihn dazu, lebenspraktische Antworten für rat- und sinnsuchende Menschen zu finden, damit diese ihr Leben in Freiheit und Verantwortung gestalten können. Die Herleitung aus einer bestimmten philosophischen Richtung schien ihm wenig bedeutsam.

FETZ/GRAESSNER zeigen in einem interessanten Beitrag, daß FRANKLS Logotherapie die konkrete Umsetzung eines philosophischen Konzeptes von SCHELER in die therapeutische Praxis ist: Gemeint ist der „ordo amoris“ in seiner deskriptiven Bedeutung, also die individuellen Wertstruktur einer Person. Die Heilung aus dem Geist, die sich die Logotherapie bei der Behandlung noogener Neurosen zum Ziel setzt, kann nur mit einer Methode arbeiten, die zu den innersten Werten einer Person vordringt und diese therapeutisch ak-

tiert. Für SCHELER wie für FRANKL gilt die Liebe als der fundamentalste Akt der Werterfassung, weil er eine Person in ihren tiefsten Wertmöglichkeiten zu erkennen vermag. Werte sind für FRANKL wie für SCHELER objektiv.

Daß die Liebe für FRANKL und SCHELER eine zentrale Rolle spielt, betont auch HENCKMANN, der die Bedeutung SCHELERS für FRANKL gründlich herausarbeitet. Für beide ist die „Geistige Person“ ein Schlüsselbegriff. Sie kommen zu gleichen Ergebnissen, wenn sie auch von unterschiedlichen Positionen ausgehen: FRANKL von psychopathologischen Befunden, SCHELER von der Phänomenologie und Geist-Philosophie. Für SCHELER ist Liebe zunächst das zwischen der erkennenden Person und Gott bestehende Korrelationsverhältnis im Sinn der Phänomenologie. Die Liebe der geistigen Person wird dadurch auf alles Seiende und Werthafte ausgeweitet. FRANKL hat die Liebe zwischen menschlichen Personen im Blick, sie bezeichnet aber auch das Motiv zur Hingabe, zur Selbsttranszendierung.

Von den Existenzphilosophen spielt vor allem Karl JASPERS für Frankl eine Rolle. BORMUTH weist darauf hin, dass FRANKL JASPERS verehrte, dieser aber Distanz hielt. Die beiden verbindet ihre Ablehnung der Psychoanalyse FREUDS. Die Kritik JASPERS an FRANKL, macht den Schwerpunkt von BORMUTHS Artikel aus und bringt interessante Aspekte zutage. Sie betrifft FRANKLS Glaube an die Objektivität von Werten und unterstellt der Logotherapie ärztlich geleitete Sinnstiftung. Der Arzt werde dadurch in die Rolle des Seelsorgers oder gar Propheten gedrängt, die ihm nicht zukomme. Wissenschaftlich begründete Psychotherapie und philosophische Gespräche über die Sinnfrage sind für JASPERS strikt zu trennen, sonst gehe die Autonomie des Patienten verloren.

Anette FINTZ zeigt schlüssig die große Bedeutung des Denkens von Karl JASPERS für FRANKL auf. Sie sieht in ihrem Vergleich von FRANKLS Existenzanalyse mit JASPERS' Existenzphilosophie drei Bezüge. Erstens verwendet FRANKL bestimmte Begriffe der Existenzphilosophie wie „Exis-

tenz“, „Sinn“ oder „Transzendenz“, wenn auch teilweise erhebliche Bedeutungsunterschiede bestehen. Zweitens gibt es Gemeinsamkeiten in der Bedeutung von Grundphänomenen wie Leid, Schuld, Ohnmacht. Durch die geistige Dimension eröffnet sich ein Gestaltungsspielraum, woraus drittens Freiheit und Verantwortung als Grundzüge des menschlichen Daseins folgen. FRANKLS „tragischer Optimismus“, der auch in Leid, Tod und Schuld noch Sinn findet und sein Konzept des objektiven „Übersinns“ sind mit Jaspers' Denken nicht vereinbar. Er fordert einen existentiellen Entschluß; einen Rückhalt in einem „geborgenen Schutzraum der Objektivität“ gibt es für ihn nicht.

FRANKLS Existenzanalyse und Martin HEIDEGGERS „Daseinsanalyse“ entstanden aus ähnlichen Überlegungen. Beide lehnten die reduktionistische Position der Naturwissenschaften ab und stimmten in der Bedeutung von Freiheit, der Rolle der Zeit und der Orientierung an der Zukunft überein. Das arbeiten KÜHN und LEVAOU auf verdienstvolle Weise heraus. Menschliche Existenz ist für HEIDEGGER „Da-Sein in der Lichtung des Seins“. Die Daseinsanalyse will eine Gesamtschau des Menschen im Gegensatz zur analytischen Sicht der Naturwissenschaften. Der Mensch sei in der Lage, sich zu sich und den anderen Dingen in ein Verhältnis zu setzen, weil er Sein verstehe. Die Daseinsanalyse will die Einheit dieses Strukturgefüges finden und zum Ausdruck bringen. Heilung im Sinne HEIDEGGERS geschieht durch das Wahrnehmen und Wiederhineinversetzen in solche Ganzheit (KÜHN). LEVAOU verweist auf die unterschiedlichen Positionen von FRANKL und HEIDEGGER. Die erste Differenz besteht im Verhältnis zu HUSSERL: FRANKL steht über die Vermittlung SCHELERS in der Tradition der Phänomenologie. Denkt man mit HEIDEGGER, sind Logotherapie und Phänomenologie ein Teil jener Mythen, welche die Philosophie enthüllt hat, was aber nicht bedeutet, daß diese Richtungen völlig bedeutungslos wären. Zweitens kann Sprache für HEIDEGGER den Sinn nicht völlig ausschöpfen. Das bedeutet aber nicht, daß die Sprache im Hinblick auf den Sinn,

der im Zentrum der Logotherapie steht, weniger Relevanz hätte. Im Verständnis von „Logos“ unterscheiden sich die Perspektiven von Heidegger und FRANKL radikal. Heidegger versteht unter „Logos“, also „Sammlung“ im Sinne HERAKLITS, und lehnt die traditionelle christlich-abendländische Sichtweise des Logos als objektiver (göttlicher) Vernunft, die Orientierung und Sinn gibt, ab. FRANKL folgt mit SCHELER letzterem Konzept. LEVAOU gibt immerhin zu, daß in der Folge von HEIDEGGER die Gefahr von ethischer Leere besteht, in der alles gleichwertig ist. Die Beziehung Daseinsanalyse – Existenzanalyse sollte als komplementär betrachtet werden, nicht oppositionell, wozu auch FRANKL einlädt. Die Daseinsanalyse konzentriert sich auf die Einheit des Seins in der Welt und will den Sinn des Seins erkennen, während die Existenzanalyse sich der Vielfalt in dieser Einheit zuwendet und auf den Sinn des Lebens abzielt.

Einen interessanten Gedanken bringt Dmitry LEONTIEV am Schluß seines Artikels. Grad und Qualität des Glücks korrespondieren mit Grad und Qualität der Reife einer Person.

Josef SEIFERTS Anliegen ist es, die Objektivität des Sinnes philosophisch tiefer zu begründen, als es bei FRANKL selbst geschieht, denn er hält diesen Punkt für einen zentralen Aspekt der Logotherapie. Angesichts eines das irdische menschliche Leben transzendierenden Sinns tritt eine Unerfülltheit des menschlichen Sinnstrebens hervor, das nicht allein durch eigene Sinnsuche und Sinnverwirklichung erfüllt werden kann. Die zentralsten Werte des Lebens – Liebe und Treue – verweisen auf die Unsterblichkeit. Andernfalls wäre die Verheißung einer Ewigkeit, die im Innersten der sinnvollsten, sittlich geforderten Akte lebt, ohne die der Mensch nicht menschlich sein kann, eine Lüge. Würde diese Überlegung jemand überzeugen, der sicher ist, daß die Welt an sich sinnlos ist?

Die Hereinnahme eines Artikels von Heinz VON FOERSTER, der philosophisch dem Konstruktivismus zuzurechnen ist, zeigt, wer sich mittlerweile aller bei FRANKL bedient. FOERSTER verwendet einen Fall aus der therapeutischen

Praxis FRANKLS, mit dem er illustrieren will, daß der als Teilsystem verstandene Mensch mit anderen Teilsystemen und dem Gesamtsystem Universum in Wechselwirkung steht. Obwohl er die Verantwortung des Menschen in seinem Artikel anspricht, bringt FOERSTER diese Frage nicht in Zusammenhang mit FRANKL, in dessen Denken sie eine zentrale Rolle spielt.

Rolf KÜHN will FRANKL mit der Lebensphänomenologie deuten. Er versteht FRANKL so, daß in dessen Ansatz das Leben in seiner phänomenologischen Fundierungsmacht durch die Aufgabenstellung des Lebens selbst spricht. Existenz, Geist und Sinn bzw. Wert sind Konkretionen dieses Lebens selbst. Läßt sich dieser radikale Subjektivismus mit FRANKLS objektiv verstandenem „Über-Sinn“ in Einklang bringen? Wie ist es um die Eigenständigkeit und Freiheit des Menschen bestellt, wenn Existenz und Geist des Einzelnen nur Konkretionen eines anscheinend allgemein verstandenen „Lebens“ sind?

Der Religionsphilosoph Jörg SPLETT setzt bei FRANKLS „Sinnorgan“, dem Gewissen an und vertieft von dort her die Überlegungen FRANKLS zur Gottesfrage. Das Gewissen verbindet Einsicht und Anspruch an den Erkennenden, etwas zu Sollen. Der Anspruch trifft uns als das Gute und soll deshalb und unbedingt sein. Diese Verbindung, so SPLETT, ist nur religiös möglich: Der Anspruch an eine Person kann nur von einer Person kommen. Verantwortung verlangt eine Instanz, vor der man verantwortlich ist, verweist also ebenfalls auf eine Person. Ferner wird das Gebotene einsichtig geboten. Die Verbindung von Einsichtigkeit und Unbedingtheit ist nur verständlich, wenn man von Gott spricht. Gegen FRANKLS Vorwurf konfessioneller Engstirnigkeit wendet SPLETT ein, daß es kein äußeres Wissen von Gott gibt, wenn dieser personal ist. Jedes Wissen über ihn verdanken wir der Offenbarung. Gibt es Offenbarung, können nicht alle Konfessionen gleichwertig sein.

Reinhard ZAISER bringt FRANKL als Wegbereiter der modernen Philosophischen Praxis ins Spiel und zeigt, wie FRANKL mittlerweile über die Psychiatrie hinaus auf die Philosophie

zurückwirkt. Die Frage nach dem Sinn des Daseins ist selbst nicht pathologisch, sondern eine typisch menschliche Leistung. Sinn will unabhängig und selbständig gefunden werden. Nicht nur die noogene Neurose, auch die existentielle Frustration bedarf der Existenzanalyse. In letzterem Fall geht sie nicht nur den Arzt, sondern auch den Philosophen an, weshalb FRANKL in fast allen Büchern zur Philosophischen Praxis erwähnt wird.

Dieses wertvolle Buch zeigt den engen Zusammenhang der Logotherapie zu philoso-

phischen Konzepten sehr deutlich auf. FRANKLS Auseinandersetzung mit reduktionistischen Positionen wird ebenso aus unterschiedlichen Blickwinkeln dargestellt, wie sein fester Glaube an die Freiheit des Menschen, als Geistwesen zu den Umständen seiner Existenz Stellung zu nehmen und in jeder Situation Sinn zu finden. Diese Diskussion ist zeitlos, heute ist sie angesichts der Position mancher Neurophysiologen neu aufgeflammt.

J. GRAF

## 1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

## 2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)  
3 – 5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Dateiformats zu verwenden.

Tabellen und Abbildungen sind an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität und mit klar

lesbarer Schrift (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

## 3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit

Beispiel: MACKENZIE T. D. et al., Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation, *Lancet* (2002); 359: 1323-1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort(e)
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: RHONHEIMER M., Die Perspektive der Moral, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 78-79

## HINWEISE

### Publikationen des IMABE-Instituts

#### Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

#### Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin. (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

#### Studienreihe

Nr. 1: W. RELLA (1994) Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts. ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) Transplantationschirurgie. ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) Sexualität und Verantwortung. ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen Staat“. ISBN: 3-85297-002-4

Nr. 5: Sexualaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005). ISBN: 3-85297-003-1

#### Imabe – Info (Kurzinformationen)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin,

Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen,

Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich,

Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik,

Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen,

Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen,

Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

## VORSCHAU

*IMAGO HOMINIS* Band 13 • Heft 1/2006

### Schwerpunkt Menschenwürde und Praxis

# Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL.....	253
AUS AKTUELLEM ANLASS	
F. KUMMER	
„Vogelgrippe“ .....	255
S. KUMMER	
„Politisch korrektes Klonen von Embryonen?“ .....	259
IMABE-INSTITUT	
FOCUS	
R. M. BONELLI	
„Religiosität in den modernen Psychiatrie“ .....	263
SCHWERPUNKT: Lebensstil und Psychiatrie	
M. STELZIG	
„Macht Stress krank?“ .....	279
L. THUN-HOHENSTEIN	
„Soziale Einflüsse auf die Entwicklung von Kindern“ .	291
P. HOFMANN	
„Macht unsere Gesellschaft psychisch krank?“ .....	299
DISKUSSIONSBEITRAG	
B. STÜBBEN	
„Überalterung der Gesellschaft – Überforderte Medizin“ .....	309
NACHRICHTEN .....	314
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL .....	317
BUCHBESPRECHUNGEN .....	319