

**Abgeschlossene Forschungsprojekte 2019**

**Sektion Psychosomatik**

**der Abteilung Versorgungsforschung**

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I Universität Ulm**

## **Inwieweit verändern sich die klinischen und Inanspruchnahme –Variablen zwei Jahre nach Entlassung aus dem stationären psychosomatischen Aufenthalt und welche Faktoren beeinflussen diese Veränderung: Ergebnisse einer Zwei-Jahres-Katamnese**

Alexandra Beck, Juan Valdés-Stauber

**Methode:** Die vorliegende Multimomentstudie ist prospektiv und naturalistisch angelegt. Die primären Zielvariablen sind klinische und ressourcenbezogene, die sekundären beziehen sich auf die medizinische Inanspruchnahme. Die ursprüngliche Stichprobe von 250 Patienten zum Entlasszeitpunkt reduziert sich auf 86 studienadhärente Patienten zwei Jahre nach der Entlassung und eine Analyse der Drop-outs mit den studienadhärenten Patienten (n=86) zeigt, dass die verbliebene Stichprobe als repräsentativ für die gesamte Stichprobe gilt. Die Patienten werden hinsichtlich klinischer Variablen anhand standardisierter Erhebungsinstrumente untersucht (BFI-10, ISR, GSW-6, FLZ<sup>M</sup>, BVI, BDI, PHQ-D) die versorgungsmedizinischen Informationen (AU-Tage, Krankenhaustage, Arztbesuche, Medikamente) werden global erinnert jeweils für das Jahr vor der Indexaufnahme und zwei Jahre nach der Entlassung. Zum Einsatz kommen unterschiedliche statistische Tests wie Shapiro-Wilk-Tests, Wilcoxon-Tests, Varianzanalyse, Chi-Quadrat-Tests, bivariate Regressionsmodelle, lineare multivariate Regressionsmodelle und logistische multivariate Modelle. Bei allen Tests werden Effektstärken ermittelt (Cramers V, Cohens d und Hedges' g). Bei Varianzanalysen kommen Post-hoc-Scheffe-Tests zum Einsatz.

**Ergebnisse:** Für die studienadhärente Stichprobe lässt sich feststellen, dass zwei Jahre nach der Entlassung alle Zielvariablen (Funktionalität, Depressivität, psychische Symptombelastung, somatische Symptombelastung, Verbitterung, Lebensqualität und Selbstwirksamkeit) hochsignifikant gebessert sind, verglichen mit dem Zustand zum Aufnahmezeitpunkt mit Effektstärken zwischen 0,53 und 1,51, insbesondere für Funktionalität, Depressivität, psychische Symptombelastung, Lebensqualität und Selbstwirksamkeit. Der Vergleich für die studienadhärente Stichprobe zwischen dem Entlasszeitpunkt und zwei Jahre nach der Entlassung zeigt, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede gibt, dass Depressivität, psychische Symptombelastung und emotionale Verbitterung weiter abnehmen und dass Lebensqualität und Selbstwirksamkeit zunehmen, allerdings fallen die Effektstärken zwischen 0,14 und 0,32 gering aus. Was die medizinische Inanspruchnahme angeht, reduzieren sich zwei Jahre nach der Entlassung, verglichen mit dem Jahr vor der Indexaufnahme, die Arbeitsunfähigkeitstage, die somatischen und psychiatrischen Krankenhaustage, die Arztbesuche und die Anzahl an Internistika und Psychopharmaka bei moderaten Effektstärken, die am höchsten sind für die Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage (0,55), Anzahl stationärer Tage in somatischen Abteilungen (0,56) und Abnahme von Arztbesuchen (0,74). Insgesamt ist der Anteil der Patienten, die zwei Jahre nach der Entlassung eine Besserung der klinischen und ressourcenbezogenen Zielvariablen aufweisen, höher als der Anteil der Patienten mit einer Verschlechterung, insbesondere für Depressivität und Selbstwirksamkeit, allerdings bewegt sich der Anteil der Patienten mit einer Verschlechterung zwischen 35 und 48 %.

**Diskussion:** Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass zwei Jahre nach einer stationären psychosomatischen Behandlung die Patienten im Durchschnitt eine nachhaltige Besserung aufweisen und dass der Anteil der Patienten mit einer Besserung größer ist als derjenige mit einer Verschlechterung. Multivariate Regressionsmodelle zeigen etwas unerwartet, dass praktisch keine prognostischen Faktoren für die Besserung oder Verschlechterung zwei Jahre nach der Entlassung oder für das Ausmaß der Besserung auszumachen sind als Ausdruck einerseits von sehr individuellen Verläufen (interpersonell), aber auch dass die klassischen Zielvariablen nicht geeignet sind für akkurate Prognosen und es weitere sensible Variable zu untersuchen gilt.

**Limitationen** der Studie sind die Erfassung der Inanspruchnahmevariablen global aus dem Gedächtnis der Patienten, die geringe Anzahl der studienadhärenten Patienten für multivariate

statistische Modelle, das Absehen von Strukturgleichungsmodellen und von Kosten-Nutzen-Analysen, die indirekte Kosten einbeziehen.

*Diese Untersuchung wurde als Promotionsarbeit der Universität Ulm 2019 vorgelegt und wird 2020 verteidigt.*

## **Befindlichkeitsveränderung nach koronarangiografischer Intervention: Prä-post-Vergleich und poststationärer Verlauf**

Marcela Milani, Magdalena Ciurus, Juan Valdés-Stauber

**Hintergrund:** In der epidemiologischen Forschung ist die bidirektionale Beeinflussung zwischen psychischen Status (vor allem Stress, Angst, Depression und posttraumatische Störungen) und kardiovaskulärem Status hinlänglich bekannt, sowohl kausal als auch präventiv und in Bezug auf das Mortalitätsrisiko.

**Fragestellung:** Inwieweit verändert sich die psychische Befindlichkeit von kardiologischen Patienten nach Durchführung und Bekanntmachung des Befundes einer Koronarangiografie und wie entwickeln sich psychischer Status und Gesundheitsverhalten mittelfristig.

**Methode:** Für die naturalistische, prospektive Multimomentstudie wurden 68 Patienten (N = 419; Einwilligende mit Einschlusskriterien = 68) zu 4 Messzeitpunkten untersucht: Vor und nach der Angiografie, 6 Wochen und 6 Monate nach Entlassung. Untersucht werden kardiologische, psychische, Persönlichkeit und Das Gesundheitsverhalten bezogene Variablen, Zielvariablen werden mit validierten Skalen erfasst. Statistik: gepaarte t-Tests, Chi2-Tests, Effektstärken, Random-Effects-Regressionsmodelle.

**Ergebnisse:** Die Stichprobe ist für die Zielpopulation weitgehend repräsentativ. Risikofaktoren: Infarkt 84 %, Diabetes 31 %, Hypertonie 84 %. NYHA III-IV 43 %, CSS 3-4 59 %, Ejektionsfraktion 57 %. Kein pathologischer Befund in Angiografie bei 12 %. Erhöhte Neurotizismuswerte. Kaum Prä-post-Unterschiede für Depressivität, Angst, Befindlichkeit, Selbstwirksamkeit, Ressourcen und Attributionsstil. Mittelfristig nehmen Befindlichkeit und Angst ab, der internale Attributionsstil nimmt zu. Neurotizismus ist negativ, Extraversion und Offenheit sind positiv mit psychischer Befindlichkeit assoziiert. Tendenziell ungünstiges Gesundheitsverhalten.

**Diskussion:** Die Stichprobe weist langanhaltende, subsyndromale Depressivität auf. Mittelfristig wird realisiert, dass die Prognose vom eigenen Verhalten abhängig ist (internale Attribution), dass es aber schwer ist, gesundes Verhalten aufrechtzuerhalten. Besondere Aufmerksamkeit soll in psychosomatischer Hinsicht Patienten mit subsyndromaler Depression, höherer emotionaler Labilität und Patienten mit Angina-pectoris-Symptomatik bei unauffälligem koronarangiografischen Befund geschenkt werden.

*Zwei Promotionsarbeiten (eine Prä-post-Untersuchung nach Koronarangiographie: Marcella Milani, 2019 der Universität Ulm vorgelegt) und eine Katamnese 6 Wochen und 6 Monate nach der Entlassung (Magdalena Ciurus, wird 2020 der Universität Ulm vorgelegt) werden hier zusammengefasst*

## **Klinische und versorgungsbezogene Unterschiede zwischen konsiliar-psychiatrisch überwiesenen und nicht überwiesenen stationär behandelten internistischen Patienten.**

Ulrich Kendel, Juan Valdés-Stauber

**Hintergrund:** Zur Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik besteht eine sehr ausgedehnte Literatur, die sich international stark mit der Psychosomatik überlappt, denn anders als in Deutschland wird in angelsächsischen Ländern die Psychosomatik am ehesten von Konsiliarpsychiatern ausgeübt. Die Wirksamkeit von KLDs wird intensiv beforscht, ohne dass es klare Ergebnisse gäbe. Daher versucht Dieses Projekt versucht einen Beitrag zu leisten bei der Identifikation von Versorgungsbedürfnissen bei nicht dem Liaisondienst überwiesenen internistischen Patienten verglichen mit elektiv überwiesenen, die bekanntlich diffuser erkrankt sind als Patienten auf anderen Abteilungen. Zu dieser genauen Fragestellung wurde von uns keine Literatur gefunden.

**Methode:** Die Studie (Nicht-Einwilligenden=164; Einwilligenden=130) ist naturalistisch, prospektiv und vergleichend angelegt. Es werden validierte Selbstbeurteilungsskalen eingesetzt, so für Angst und Depressivität (HADS-A, HADS-D), für allgemeine psychische Belastung (SCL-K-9, für Selbstwirksamkeitsüberzeugung (GSW-6) und für somatische und psychische Lebensqualität (SF-12). Die Untersuchung auf Normalverteilung der metrischen Variablen wurde anhand des Shapiro-Wilk-Tests durchgeführt. Die Gruppenvergleiche wurden anhand von Mann-Whitney-U-Tests und Chi-Quadrat-Tests (nicht parametrisch) und von t-Tests (parametrisch) durchgeführt. Bei dem paarweisen Vergleich der Perspektiven kamen bivariate Regressionsanalysen zum Einsatz. Die Effektstärken der Differenzen bzw. der Assoziationen wurden je nach Testverfahren mit Cohens d (t- und U-Tests), Cramers V (Chi2-Tests) oder  $R^2$  (bivariate Regressionsanalysen) ermittelt. Die interne Konsistenz der einzelnen Tests für die Stichprobe (N = 130) wurde anhand einer Cronbachs- $\alpha$ -Analyse durchgeführt.

**Ergebnisse:** Die Untersuchung zeigt, dass die metrischen Variablen nicht normalverteilt sind mit Ausnahme der Persönlichkeitsdimensionen. Die studienadhärente Stichprobe ist jünger und weist eine geringere Zahl an behandlungsbedürftigen somatischen Diagnosen auf, die anderen Variablen zeigen keine statistischen Differenzen. Die elektiv dem psychiatrischen Konsiliararzt überwiesenen Patienten weisen eine längere Krankheitsdauer der aktuellen Krankheitsepisode, einen längeren stationären Aufenthalt, eine höhere psychische Symptombelastung, höhere Ängstlichkeit, Depressivität und Anzahl von Psychopharmaka, hinzu kommt eine niedrigere Selbstwirksamkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität in körperlicher Hinsicht. Es bestehen für alle drei untersuchten Perspektiven (Konsiliararzt, Pflege und Patient) keine Unterschiede zwischen der elektiven und der Kontrollstichprobe hinsichtlich der körperlichen Belastung, wohl aber signifikante bis hochsignifikante Unterschiede in der Einschätzung der psychischen Belastung, wobei aus der Patientenperspektive die Unterschiede in der Einschätzung der psychischen Belastung und des Unterstützungsbedarfes geringer ausfielen. Generell stimmen die Perspektiven der Professionellen (Konsiliararzt und Pflege) überein und es besteht eine tendenzielle Divergenz zwischen Professionellen-Perspektive und Patienten-Perspektive für alle drei untersuchten Bereiche. Die eingesetzten international validierten Fragebögen zeigen sämtlich eine hohe interne Konsistenz, sodass sie als reliabel gelten.

**Diskussion:** Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass auf einer internistischen Aufnahmestation ohne weitere interne Krankheits- oder Schweredifferenzierung die dem Konsiliararzt überwiesene Patienten eine signifikant höhere psychische Belastung aufweisen und somit auch als akkurat überwiesen gelten. Andererseits zeigen die nichtüberwiesenen Patienten tendenziell eine subsyndromale psychische Belastung, die im klinischen Alltag beachtet werden soll. Die Patienteneinschätzung der psychischen Belastung und des Unterstützungsbedarfes soll erfragt und berücksichtigt werden, dass es häufig eine Diskrepanz zur Perspektive der Professionellen besteht und für eine Behandlungsdhärenz von Bedeutung sein dürfte. In künftigen Arbeiten sollte ebenfalls die Angehörigen-Perspektive berücksichtigt werden und anhand größerer Stichproben prognostische und unabhängige Einflussfaktoren auf Zielvariablen ermittelt werden. Die eingesetzten psychometrischen Instrumente eignen sich für eine schnelle und reliable Routineuntersuchung der psychischen Belastung von Patienten auf einer allgemeinen internistischen Aufnahmestation.

*Diese Arbeit wurde als Promotionsarbeit abgeschlossen und wird bei der Universität Ulm im Jahr 2020 verteidigt.*

## **Lebensgeschichtliche Entwicklungen bei überlebenden von Suizidversuchen- Eine qualitative Untersuchung mit Interviews**

Carlos Peña-Salazar, Salvador Simó, Judit Pons, Francesc Arrufat, Juan Valdés-Stauber

**Hintergrund:** Epidemiologische Aspekte und Risikokriterien von Suizidalität und Suizid sind bestens untersucht. Die subjektive Seite des Phänomens auf dem Hintergrund biographischer Lebenslinien ist eine wichtige verstehende Annäherung.

**Forschungsfragestellung:** Qualitative Untersuchung von Lebenslinien überlebender Menschen nach ernstem Suizidversuchen, um sowohl psychosoziale Risikofaktoren als auch biographisch verankerte Resilienzfaktoren auszumachen

**Methoden:** Fünf Patienten einer psychiatrischen Ambulanz in Spanien wurden jeweils sechs Stunden lang verteilt auf 12 Monaten anhand eines halbstrukturierten Fragebogens interviewt. Dieser Bogen besteht aus 10 Bereichen und 86 Kernfragen. Angewandt wird die Methode der Parallelen Lebensgeschichten, sowohl im Quer- als auch in Längsschnitt. Die Auswertung wurde mittels des Atlas Ti Programms durchgeführt.

**Ergebnisse:** Die qualitative Auswertung ergibt sechs Kategorien und 62 Themen: (i) Gebrochene Kindheit (15 items); (ii) Schulbildung (9 items); (iii) Beschäftigung als Gesundheits- und Inklusionsförderer; (5 items); (iv) psychische Gesundheit und psychische Störung (10 items), und (v) Erfahrungen um den Suizidversuch (14 items). Diese Kategorien werden illustriert mit passenden Zitaten aus den untersuchten Lebensgeschichten.

*Die vorliegende qualitative Untersuchung wurde 2019 im Journal for Humanistic Psychology efirst publiziert:*

**Peña-Salazar C, Simó-Algado S, Pons i Baños J, Arrufat FC, Valdés-Stauber J.** Life trajectories of suicide attempt survivors. *Journal of Humanistic Psychology*, 2019.

<https://doi.org/10.1177%2F0022167819847100>

**Abstract:** The aim of this study is to perform a qualitative analysis of selected life trajectories of patients with a history of attempted suicide with the purpose of identifying personal and psychosocial factors that favour suicidal behaviour and those that ground resilience. Five suicide attempt survivors from a community mental health service were interviewed for about six hours over a period of 12 months by means of a semi-structured guide consisting of 10 domains and 86 cue questions. Qualitative analysis was performed by means of the parallel life stories method, and relevant biographical issues were identified. This analysis was conducted using the software package Atlas Ti. The qualitative analysis of life stories yielded six categories and 62 items as follows: (i) broken childhood (15 items); (ii) education (9 items); (iii) employment as a promoter of health and social inclusion (9 items); (iv) family and current social network (5 items); (v) mental health and mental disorder (10 items) and (vi) experiences around attempted suicide (14 items). These categories are illustrated with matching quotations from the life stories. Childhood trauma appears to be the cornerstone on which all participants' stories are based. Reliable carers are essential for making traumatic histories comprehensible.

## **Verändern sich die Lebenseinstellungen während eines psychosomatischen Krankenhausaufenthaltes und haben sie eine Auswirkung auf den Besserungsgrad?**

Juan Valdés-Stauber, Helen Kämmerle, Susanne Bachthaler.

**Hintergrund:** Die Frage nach dem Sinn des Lebens muss in den empirischen Wissenschaften übersetzt werden in Orientierung und Bedeutung verleihende Einstellungen zur Existenz, mit einem Wort, Lebenseinstellungen. Analog zur Persönlichkeit kann von einer weitgehenden Robustheit existentieller Einstellungen ausgegangen werden.

**Fragestellung:** Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, ob an sich robuste Eigenschaften wie Lebenseinstellungen – gemessen mit der deutschen Version des Life Attitude Profile von Reker (LAP-R) – sich während einer indikativen stationären psychosomatischen Behandlung signifikant ändern und welche Faktoren Einfluss auf diese Veränderung haben könnten.

**Methode:** Die Effektivität der Behandlung (N = 138) wird anhand von Prä-post-Vergleichen klinischer Variablen und von Lebenseinstellungen mit t-Tests untersucht. Zusammenhänge werden mit Korrelationsanalysen und multivariaten Regressionsmodellen untersucht.

**Ergebnisse:** Signifikante Reduktion der Symptombelastung und Steigerung der Selbstwirksamkeit sowie der Lebensqualität mit Effektstärken zwischen 0,90 und 1,18. Signifikante Besserung der Lebenseinstellungen mit Effektstärken zwischen 0,19 und 0,58. Die Korrelation zwischen dem Ausmaß der Dimensionen der Persönlichkeit (mit Ausnahme des Neurotizismus) und dem Ausmaß der Lebensbedeutungen ist im Quer- und Längsschnitt gering. Die Assoziation von emotionaler Labilität und dem Ausmaß der Verbesserung von Lebenszielen wird in multivariaten Modellen bestätigt.

**Diskussion:** Obwohl Lebensbedeutungen robuste Merkmale einer Person darstellen, verändern sie sich signifikant während einer stationär-psychosomatischen Behandlung. Die übergeordneten Indices (PMI, ET) korrelieren signifikanter mit Dimensionen der Persönlichkeit als die einzelnen Dimensionen. Menschen mit stärkerer emotionaler Labilität erfahren einen stärkeren Zuwachs an Lebensbedeutungen während des stationären Aufenthaltes.

*Diese Arbeit wurde zur Begutachtung bei einer Fachzeitschrift eingereicht*

*Valdés-Stauber J, Kämmerle H, Bachthaler S. Veränderung von Lebensbedeutungen während stationär-psychosomatischer Behandlung. Nervenarzt (12/2019 eingereicht)*

## **Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version des Life Attitude Profile (LAP-R) in einer stationär-psychosomatischen Stichprobe.**

Juan Valdés-Stauber, Helen Kämmerle, Susanne Bachthaler

**Hintergrund:** Die allgemeine Frage nach dem „Sinn des Lebens“ wird empirisch in Form von allgemeinen und personalen Lebensbedeutungen formuliert. In der Medizin erhalten Lebensbedeutungen eine relevante Tragweite bei einem Verlust von Sinn, der als krankheitsfördernd angesehen wird, vor allem aus psychosomatischer Perspektive.

**Fragestellung:** Die vorliegende Studie untersucht die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen revidierten Version des Life Attitude Profile (LAP-R) von Reker für eine Stichprobe stationär-psychosomatischer Patienten sowie mögliche Assoziationen mit klinischen Outcome-Variablen.

**Methode:** Die Stichprobe (N = 138), von elektiv stationär-psychosomatisch behandelten Patienten wird zu den Zeitpunkten Aufnahme und Entlassung untersucht. Reliabilität im Sinne von interner Konsistenz wird mit Cronbachs Alpha ausgewertet; Konstruktvalidität wird mit konfirmatorischer Faktorenanalyse und konvergente Validität anhand von Korrelationsmatrizen mit validierten klinischen Skalen erfasst.

**Ergebnisse:** Die interne Konsistenz des LAP-R für die einzelnen Dimensionen zeigt  $\alpha$ -Werte zwischen 0,69 und 0,85, für den Gesamttest beträgt  $\alpha$  0,92. Die konfirmatorische Faktorenanalyse zeigt ein gutes Datenfit (RMSEA,  $\chi^2/df$ ), aber zu geringe Modellfit (TLI, CFI). Die Korrelationen zwischen den Dimensionen des LAP-R sind meist moderat. Die Korrelation zwischen dem Ausmaß der klinischen Besserung und der Zunahme der Lebensbedeutungen ist mäßig; die Korrelation zwischen dem Ausmaß der klinischen Besserung und therapeutischer Beziehung ist hoch.

**Schlussfolgerungen:** Die deutsche Version des LAP-R zeigt für die Stichprobe stationär psychosomatisch behandelter Patienten gute interne Konsistenz, gute konvergente Validität, jedoch uneinheitliche Konstruktvalidität. Die übergeordneten Indices (PMI, ET) korrelieren signifikanter mit klinischen Variablen als die einzelnen Dimensionen.

Diese Arbeit wurde bei einer Fachzeitschrift zur Begutachtung eingereicht:

*Valdés-Stauber J, Kämmerle H, Bachthaler S. Psychometrische Eigenschaften des LAP-R – Prüfung der deutschen Version in einem stationär-psychosomatischen Setting. Psychotherapeut (12/2019 eingereicht)*

## **Anthropologische Annäherung an die Sterblichkeit, das Sterben und den menschlichen Tod in der Philosophie und Medizin**

Juan Valdés-Stauber

**Hintergrund:** Bei dem Begriff des Todes sind semantische und phänomenologische Momente vermengt, die sich auf Zustände und Prozesse um den Zeitpunkt des Ablebens beziehen, die konzeptuell auseinanderzuhalten gilt. Der Tod ist nicht nur ontisch ein Ereignis im zeitlichen Daseinshorizont, sondern ontologisch eine Wesensbestimmung, die vernichtend und zugleich das biographische Leben konstituierend ist. Die Bewusstheit des Todes ist ein sich Gewahrwerden des Sterbenmüssens und keine Erfahrung des Todes.

**Forschungsfragestellung:** Es wird hier die Position vertreten, dass es sich bei der Auseinandersetzung mit dem Tod und mit dem Sterben um einen anthropologischen Sachverhalt handelt, der eine ontische Annäherung über die Biomedizin und über die Psychologie erlaubt. Als anthropologisch entbehrt dieser Sachverhalt keinesfalls eine ontologische Perspektive über das Wesen des Todes, insbesondere wenn dieses als Nichtsein oder Aufhören-zu-sein aufgefasst wird. Die vorliegende Untersuchung untersucht das semantische Feld des Begriffes „Tod“ und geht der Frage nach, inwiefern eine philosophisch-anthropologische Perspektive des Sterbens und des Todes im Zusammentreffen mit einer klinisch-psychologischen Perspektive für die Versorgung sterbender Personen - auch in der Rolle als „Patienten“ in den unterschiedlichen Versorgungssettings – zu einer Humanisierung der Sterbebegleitung beitragen könnten.

**Ergebnisse:** Es werden fünf Dimensionen des Begriffes „Tod“ unterschieden: als Sterblichkeit (analytische Notwendigkeit des Menschseins), als Vernichtungsprinzip (Nichtung der Existenz und nicht nur Nichtsein), als Sterbeprozess (Erleiden des Todes), als Grenze (Übergang oder nicht in eine andere Seinsweise) und als Zustand des Todseins (anwesende Abwesenheit). Auf dieser Grundlage werden fünf thanatologische Perspektiven differenziert: kulturalanthropologische, medizinische, psychologische und philosophische Perspektiven. Eine ontologische Analyse des Sterbens ergibt, dass der Mensch sich im Horizont des Sterbenmüssens einrichten muss. Eine Berücksichtigung der anthropologischen Tragweite für die Medizin am Lebensende sollte folgende Aspekte beinhalten: die Frage wie Leben und Tod sich gegenseitig befruchten können; die Sorge über die körperbezogene Pflege; die personale Besetzung des Begriffes Sinn und Hoffnung und deren Verbindung mit dem Tod als Problem oder eher als Geheimnis; pathisches Mit-Tragen und die Herausforderung für Nahestehende.

**Diskussion:** Die Einsamkeit des Sterbenden innerhalb einer zunehmenden Medikalisierung des Sterbens und des Todes in westlichen Gesellschaften wird hervorgehoben. Ergebnisse aus der Thanatologie können für den Aufbau einer anthropologischen Begründung der medizinischen Sorge gegenüber Sterbenden fruchtbar gemacht werden.

Dieses Projekt hat sich in zwei Manuskripte verdichtet:

*Valdés-Stauber J. Propädeutische Begriffsbestimmungen für eine Phänomenologie des Todes. Spiritual Care (eingereicht 10/2019, in review)*

*Valdés-Stauber J. Phänomenologie von Sterben und Tod für eine sorgende Haltung in der Medizin. Spiritual Care (10/2019 eingereicht, in review).*

## **Entwurf des mehrdimensionalen anthropologischen Konstruktes der „Antizipatorischen Daseinsverabschiedung“**

Juan Valdés-Stauber

**Einleitung:** Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Tod bei Vorliegen einer Krankheit zum Tode ist zuvorderst eine anthropologische Frage und nur sekundär eine psychologische (Bewältigung) oder moralische (Sinn und Umgang). Diese existentielle Grenzsituation aktiviert bestimmte anthropologische Konstanten, die hier untersucht werden.

**Fragestellung und Methode:** Es wird vier philosophischen Kernfragen nachgegangen: a) Welche Grunddimensionen ergeben aus der analytischen Struktur des Menschseins? b) welche Dimensionen und Faktoren können deduktiv aus der analytischen Struktur generiert werden, wenn der Mensch sich vor dem unausweichlichen Tod konfrontiert sieht? c) Wie kann das vorgeschlagene Konstrukt der „Antizipatorischen Daseinsverabschiedung“ anthropologisch begründet und von anderen, auf empirischer Ebene verwandten psychologischen Modellen abgegrenzt werden? d) Schließlich werden die Frage der Legitimation, aber auch die der Grenzen der Übersetzbarkeit eines philosophischen A priori Konstruktes in ein empirisches Modell diskutiert.

**Ergebnisse:** Die analytische Struktur des Menschseins kann auf sieben Grund- oder Fundamentaldimensionen verdichtet werden: Symbolisierung, Meinigkeit, Interpersonalität, Zeitlichkeit, Leiblichkeit, Weltlichkeit und Transzendierungsfähigkeit. Es werden sechs Dimensionen mit jeweils zwei Faktoren für die Konfrontation mit dem eigenen Tod generiert: Selbsttranszendenz (Faktoren: Permanenz und Metaphysisches Aufgehen); Ablauf der Daseinszeit (Abschluss und Abschiednehmen); Altruistische Sorge (Hinterlassenschaft und Nächstenliebe); Daseinsversöhnung (Daseinserfüllung und Friede); Ringen um Akzeptanz (Widerstand und Annahme); Versehrte leibliche Präsenz (Körperliche Versehrtheit und Leiblichkeit als Präsenz). Das Konstrukt „Antizipatorische Daseinsverabschiedung“ wird abgegrenzt von psychologischen Modellen wie „Sterbephasen“, „Sinn des Lebens“ bzw. „Lebensbedeutungen“, schließlich von „Antizipatorischer Trauer“.

**Diskussion:** Die Begründung dieser Dimensionen und Faktoren erfolgt innerhalb der sie generierenden Theorie. Eine empirische Übersetzung ist legitim als Impuls –topographisch gesprochen- „von unten“, die in der metaphysischen Verarbeitung Anhaltspunkte für die Begründung der vorgeschlagenen analytischen Struktur des Menschen „von oben“ liefert. Das theoretische Konstrukt ist von Interesse in der Begleitung von Sterbenden (etwa in einem nicht bewertenden „Spiritual care“) als orientierender Hintergrund über die in der Natur des Menschen transzendental operierenden Konstanten, die für das Leben und Leiden maßgeblich sind. Denn der Mensch setzt sich im Angesicht des Todes aus seiner Existenz heraus mehr oder weniger oder eben nicht mit den durch seine transzendente Natur vorgegebenen Sachverhalten; da es sich um eine anthropologische Sichtweise handelt, ist der Ausgang der Auseinandersetzung grundsätzlich offen und daher jede Moralisation unangebracht.

**Schlussfolgerung für die Praxis:** Das psychologische Moment ergibt sich im Erleben, Denken und Handeln, wenn die Auseinandersetzung zu Ergriffenheit, Leiden, Verleugnung oder interpersonelle Dysfunktion führt als Ausdruck eines mühsamen und bisweilen dysfunktionalen Bewältigungsversuches; dieses psychologische Moment wird relevant, wenn

über eine aufnehmende, spiegelnde und verstehende Sorge hinaus eine psychologischen Intervention zur Wiederherstellung eines einigermaßen emotionalen Gleichgewichts geboten ist. Die empirische Übersetzung des Konstruktes bedient sich der psychologischen Sprache zur Untersuchung von Annahmen und von Überzeugungen über sich, die Welt und die Bedeutung der anderen; von Denkmustern und kognitiven Repräsentationen; von Gefühlen und Erwartungen und schließlich von Handlungsinitiativen in der vorwegnehmenden Vergegenwärtigung perimortaler Szenarien, die graduell sinnbasiert besetzt, rationalisiert, gefürchtet oder verleugnet werden, oft widersprüchlich und abwechselnd, selten abgeklärt in einer festgelegten Bilanzierung. Eine anthropologisch fundierte Sorge am Lebensende geht von den empirisch vorgegebenen psychologischen Reaktionen in einem Regressus auf die zugrunde liegende analytische Struktur des Menschseins, was der Intervention durch die Transzendierung der unmittelbaren psychologischen Reaktionen der Sorge eine Tiefe verleiht, weil sie Fundamentalspekte berücksichtigt und eine verstehende Haltung der Phänomene über eine reine psychologische Nachvollziehbarkeit der Reaktionen hinaus Vorschub leistet.

Dieses anthropologisch-philosophische Projekt wurde in zwei Manuskripte verdichtet:

*Valdés-Stauber J. "Anticipatory Farewell to Existence" (1): Anthropological construction based on fundamental dimensions of human being (In review).*

*Valdés-Stauber J. "Farewell to Existence" (2)- Dimensions and factors of an anthropological construct. (In review).*