

## Übersichtsreferat

Aus der psychosomatischen Beratungsstelle (Leiter: Dr. S. Elhardt) der Medizinischen Poliklinik (Direktor: Prof. Dr. W. Seitz) der Universität München

### **Der Begriff „psychogener Tod“ in der medizinischen Literatur**

#### Teil I

Von Horst Kächele

#### **A. Einleitung**

##### 1. Literarisch- künstlerische Verarbeitung des Themas – zwei Beispiele

Wer kennt nicht *Schuberts* Vertonung des Erlkönig; die Steigerung der Stimmungen zwischen der Geborgenheit des Knaben in des Vaters Arm, das scheinbar sanfte, verlockende Spiel des Erlkönigs, das, als er sein Ziel damit nicht erreicht, in die Androhung nackter Gewalt umschlägt. Wir vermeinen es zu spüren, wie die Angst in dem Knaben groß wird, wie die tröstenden Worte des Vaters, der die Phantasiegebilde zu entzaubern versucht, ihre Wirkung verlieren, wie endlich die Angst des Kindes in der Berührung durch den Erlkönig ihre dissonante Entladung erfährt. Der Vater hält nun das ächzende Kind, erreicht den Hof nur mit Müh und Not, in seinen Armen, wie wir wissen, das tote Kind.

Das Motiv der zauberischen Verführung durch Phantasiegebilde wurde schon vor *Goethe* durch *Herder* gestaltet: Erlkönigs Tochter. Auch hier verweigert sich Herr Oluf den Elfen, da sein Hochzeitstag bevorsteht. Doch

„Sie tät einen Schlag ihm auf sein Herz.  
Noch nimmer fühlt er solchen Schmerz.“

Am anderen Morgen, als die Braut kommt, lag Herr Oluf da, „und er war tot“.

Ein anderes bekanntes Gedicht von *G. Schwab* gestaltet die paradoxe Reaktion auf das Gewahrwerden einer überstandenen Gefahr. „Der Reiter auf dem Bodensee“, der, als ihm mitgeteilt, welcher Gefahr er gerade entronnen, tot von seinem Pferde fällt.

Nicht nur in der literarischen Überlieferung ließen sich solche Berichte zusammentragen, auch der so oft belächelte Volksmund kennt in Sprichwörtern und Redensarten die radikale Überwältigung eines Menschen durch starke Gefühlsbewegungen (s.d. *Borchard-Wurstmann* 1925).

Lässt sich die Selbstverständlichkeit, mit der ein solcher psychogener Tod im vorwissenschaftlichen Verständnis gekannt wird, auch in der medizinischen Literatur aufweisen?

## 2. Psychogener Tod und Forschungstechnik

Die vorliegende Arbeit rückt in den Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit nicht so sehr das Sachproblem, sondern den methodischen Aspekt medizinischer Wirklichkeits-erfassung.

Zu fragen, ob es einen psychogenen Tod gibt bzw. geben kann, wie dies z.B. direkt *Kronfeld* (1934) tut („Gibt es einen Tod an Neurose?“), wollen wir nicht primär im Sinne eines sachlich entscheidbaren Problems diskutieren, sondern wollen uns auf den methodischen Ort des Fragenden besinnen.

Unser Interesse wendet sich daher der in verschiedenen Publikationen der neueren medizinischen Literatur verwendeten Terminologie zu: wie werden der Begriff „psychogener Tod“ oder ähnliche Ausdrücke, deren Signifikat den analogen Tatbestand bezeichnen soll, gebraucht? Bei welchen Sachverhalten, unter welchen Umständen wird von manchen Autoren ein stringenter Zusammenhang zwischen dem Eintritt des Todes und psychischen Ereignissen angenommen? Reflektiert man aber diese Frage, so wird deutlich, dass die Beschreibung der Sachverhalte, die den Wissenschaftler interessieren, keine unvoreingenommene sein kann: das ihm zur Verfügung stehende Repertoire an Begrifflichkeit konstituiert den Rahmen möglicher Erkenntnis: so soll für unsere Untersuchung die Maxime leitend sein, dass „Tatsachen von der Methode und Forschungstechnik konstituiert werden“ (*Habermas* 1968). Die Analyse der verschiedenen Bedeutungen, die dem Themabegriff unterlegt werden, kann so zu einer Analyse der verschiedenen Forschungstechniken beitragen.

Weiterhin werden sich Hinweise auf die gängigen Modellvorstellungen zum psychologischen Ansatz in der Medizin ergeben. Diese bilden den Hintergrund, von dem aus die Begriffe ihre Funktion und jeweils spezifische Bedeutung erhalten.

Wenn auch die primäre Intention dieser Arbeit dem Versuch gelten soll, die in der Literatur vorgefundenen modi zu beschreiben, mit denen die Beziehungen zwischen „Mors und Psyche“ – dies ist der schön stilisierte Titel einer Arbeit von *E. Menninger* (1931) – dargestellt werden, so wollen wir doch auf eine kritische Diskussion der aufgeführten Beispiele nicht verzichten. Der Vergleich der Begriffe und deren Bedeutungen soll letzten Endes konkrete Hinweise ergeben, mit welcher theoretischer Haltung der Tod auf seinen möglichen Bezug zum seelischen Erleben befragt werden kann.

Bei der Durchsicht der medizinischen Literatur auf die explizite Erwähnung des Ausdruckes „psychogener Tod“ hin mussten wir feststellen, dass neben ihm, offensichtlich in gleicher inhaltlicher Intention, eine Reihe anderer Formeln verwendet werden: neben dem „psychogenen Tod“ findet sich der Ausdruck „psychischer Tod“ (*Menninger* 1948, *Walters* 1944); psychisch bedingter Tod (*Jores* 1959), Tod durch psychischen Schock (*Stürup* 1942), Tod durch Furcht (*Murden* 1963), Tod durch emotionalen Schock (*Martin* 1929); in anthropologischen Arbeiten verbirgt sich das hier Angesprochene hinter Ausdrücken wie Tabu-Tod, Voodoo-Tod, oder Tod durch Suggestion (siehe bei *Cannon* 1942, *Ellenberger* 1951, *Barber* 1961) *Bilz* (1966) begnügt sich sogar damit, seine Arbeit über den Tod in auswegloser Situation mit dem seiner Ansicht nach wirksamen pathophysiologischen Mechanismus zu überschreiben: Der Vagus-Tod.

Die Vielfalt der Bezeichnungen, deren inhaltliche Synonymität nur in dem Sinne von uns angenommen wird, dass sie alle eine Beziehung zwischen dem Sterben und einem

vorhergehenden psychischen Geschehen beschreiben, machte den ursprünglichen Plan, die Arbeit als Dokumentation der publizierten Berichte über d e n psychogenen Tod anzulegen, sehr fragwürdig. Auch das Ziel einer vollständigen Erfassung dieser Veröffentlichungen erschien nicht sinnvoll, da es 1. einige Arbeiten gibt, in denen die wichtigsten Quellen genannt sind (*Jores* 1959, *Barber* 1961) und 2. da eine solche Zusammenstellung keine echten quantitativen Ergebnisse über die Häufigkeit des Phänomens zeitigen würde.

Wie sich im Verlauf unserer Untersuchung zeigen wird, erfolgt die Beobachtung und damit die Diagnose eines „psychogenen Todes“ nur beim Vorliegen spezieller Interessen, die sich auf psychosomatische Zusammenhänge richten. (Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die systematische Bearbeitung des Zusammenhangs von Interesse und Erkenntnisleistung durch *Habermas* (1968), auf die wir durch den speziellen Aspekt unserer Fragestellung aufmerksam wurden.)

### 3. Todesangst und psychogener Tod

Zur genaueren Abgrenzung des Themas müssen wir noch erwähnen, dass der gesamte Komplex der Todesfurcht und Todesangst aus unseren Erörterungen ausgeklammert ist. Das Studium der einschlägigen Literatur (*Jaspers* 1919, *Rudolf* 1961, *Münsterberger* 1963, *Wahl* 1958, *Zilboorg* 1943, *Bibring* 1928, *Bluestone* 1962) ergab keine Hinweise, dass die Angst vor dem Tode für den Eintritt des Todes selbst Bedeutung hat. Ebenso ausgeklammert wurde die Frage nach den Vorstellungen vom Tode, wie sie sich in verschiedenen Entwicklungsaltern (*Hug-Hellmuth* 1965, *Maurer* 1966) und in verschiedenen Kulturen (*Howard* 1965) vorfinden, da sich ebenfalls keine für unsere Fragestellung relevanten Ergebnisse ermitteln ließen. Eine ausgezeichnete Darstellung der Ergebnisse philosophischen Denkens über den Tod findet sich bei *Choron* (1967) und in dem von *Feifel* herausgegebenen Sammelband: *The meaning of death* (1959).

### 4. Der menschliche Tod

Bevor wir nun die vorgefundenen Auffassungen im Einzelnen referieren, müssen wir einige Bemerkungen zum Begriff des Todes selbst und dem Adjektiv „psychogen“ machen, die in ihrer Verbindung unser Leitmotiv sind.

„Tod“ als allgemein-biologischer Begriff bezeichnet einen Zustand, der als irreversibler Stillstand des Stoffwechsels charakterisiert werden kann. *Kneucker* (1959), der sich eingehend mit der Physiologie des Todes befasst hat, präzisiert die Störung des Stoffwechsels wie folgt:

„Der Tod ist die Gleichgewichtsstörung gewisser Hormone untereinander, gewisser Hormone zu gewissen Enzymen und gewisser Ionen untereinander. Tod ist ein Zuviel an Acetylcholin, Kalium und Serotonin. Tod ist ein Zuwenig an Hydrocortison, Desoxycorticosteron, Adrenalin, Magnesium und Acetylcholinesterase.“

„Krankheiten zum Tode“ sind dann nach *Kneucker* solche,

- a) „die lebenswidrige Bedingungen, welcher Art auch immer, schaffen“;
- b) „Todeskrankheiten sind solche, die die erwähnten Gleichgewichtsstörungen der Hormone, Enzyme und Ionen bewirken“.

Wenn *Kneucker* diese Arbeit über den biochemischen Mechanismus mit „Der menschliche Tod“ überschreibt, so können wir uns damit nicht zufrieden geben:

„Eine thanatologische Disziplin, die die Bedingungen und den Ablauf des Todes zu fassen versuchte, konnte sich erst in neuerer Zeit entwickeln, in gleichem Maße, wie sich die Medizin, als Teil der biologischen Erfahrungswissenschaft zu verstehen begann.

An diesem biologischen Apriori orientiert, musste die neue Forschungsrichtung dem Irrtum verfallen, ein Verständnis des Todes ausbilden zu können, indem sie ein physiologisches Wissen über den Vorgang des Ablebens und allenfalls über den Zustand der eingetretenen Leblosgkeit zusammentrug.“ (*Mechler* 1955)

Ein Verständnis des menschlichen Todes sollte zumindest – ontologisch formuliert – jene Seinsebene berücksichtigen, die dem menschlichen Leben zu eigen sind. Mit dem Tod endet dann nicht nur das körperliche Sein, auch das psychische und soziale Leben verlischt. Wenn auch im Vorgang des Sterbens diese Daseinsebenen früher der betroffenen Person verlustig gehen, so kann doch apriorisch nicht ausgeschlossen werden, dass das Sterben von einer dieser Ebenen aus inszeniert worden ist.

Die hier zu besprechenden Arbeiten tun nun gerade dies: indem sie vom psychogenen Tode sprechen (oder einem der Synonyma), versuchen sie, die Genese des jeweiligen Todes in jenen Seinsebenen aufzuzeigen, die dem naturwissenschaftlichen Verständnis entgehen.

## 5. Die Todesursache

Noch eine weitere semantische Frage muss geklärt werden. Die Verwendung des Ausdrucks „psychogener Tod“ mag über eine sprachliche Analyse des Wortes „psychogen“, wie sie u.a. *Schaefer* (1956) durchgeführt hat, den Eindruck erwecken, dass hiermit eine echte Kausalität im Sinne der klassischen Physik gemeint sei, dass also Psychisches ursächlich den Tod bedinge. Damit ist

1. das unlösbare Problem psychosomatischer Interaktion gestellt, auf welches wir weiter unten eine ausweichende Antwort geben werden und
2. nach der Bedeutung des Begriffes: Todesursache gefragt.

Der Gerichtsmediziner *Bohrod* (1963) fasst die ganze Problematik dieser Frage in einem witzigen Satz zusammen, der jedoch in seinem Gehalt auch nach kritischen Erwägungen bestehen bleibt:

„The cause of death is a statement made by a pathologist to a clinician or a law-enforcement agent which makes the latter say: Well I'm not surprised that the patient died.“<sup>1</sup>

*Bohrod* führt im einzelnen aus, dass es in einem strengen Sinn des Wortes oft sehr schwierig, wenn nicht unmöglich ist, die lückenlose Kausalkette zu finden, die zum

---

<sup>1</sup> „Todesursache“ ist eine Feststellung, die der Pathologe dem Kliniker oder dem Vertreter des Gerichts gegenüber macht, und die diesen sagen lässt: Nun ja, ich bin nicht überrascht, dass der Patient gestorben ist.

Tode geführt hat. Es ist dies bedingt einerseits durch die Multiplizität der Läsionen, durch deren innere Abhängigkeiten und durch die Unmöglichkeit, einzelne Ursachen streng gesondert voneinander zu definieren:

„Causes are relative to a point of view, to an interest, and they may be different from person to person and from time to time.“<sup>2</sup>

Dass dem Begriff der Kausalität selbst ein Rekurs ad infinitum innewohnt, hat schon *J. Orth* 1908 gezeigt: jede sogenannte Todesursache hat selbst eine Ursache. Daraus ergibt sich eine nicht endenwollende Kette von Ursachen. Deshalb schlägt *Orth* vor, die Absicht, die hinter der Frage nach der Ursache eines Todes steht, in der Antwort mit zu berücksichtigen. M. a. W. für den Wissenschaftler gibt es andere Antworten als für den Statistiker, für den Pathologen eine andere als für den Kliniker.

## **B. Hauptteil**

### **1. Der plötzliche, rein psychogene Tod**

„Dass ein gesunder kräftiger Mensch aus rein psychischen Ursachen innerhalb weniger Stunden sterben kann, mag vielleicht unglaublich erscheinen, und doch handelt es sich um eine absolut sichere, durch eine Menge gut beobachteter Fälle belegte Tatsache.“ Mit dieser Feststellung leitet *Ellenberger* (1951) seine Mitteilung über den Tod aus psychischen Ursachen bei Naturvölkern ein. Dass diese Behauptung auch für unsere Zivilisation zutrifft, ist nicht direkt ausgesprochen, aber es lassen sich mühelos solche Berichte zusammentragen. Da wir hier, wie in der Einleitung besprochen, keine Dokumentation versuchen, begnügen wir uns mit zwei Berichten, die wir in Tageszeitungen fanden.

Der Süddeutschen Zeitung vom 28.12.1967 entnahmen wir folgende Notiz:

„Bei der überraschenden Begegnung mit einem Weihnachtsmann hat in der italienischen Stadt Mira ein vierjähriges Mädchen einen tödlichen Schock erlitten... Später stellten die Ärzte fest, dass die Überraschung oder die Angst vor dem Weihnachtsmann für das Herz des kleinen Mädchens zuviel gewesen sei. Ein vorher bestehender krankhafter Befund konnte nicht erhoben werden.“

Die Zeitung „The Times“, London, berichtete am 9.9.1960 über ein 11jähriges Mädchen, das auf die Straße gerannt war, als es das Quietschen von Bremsen hörte. Als es sah, dass ihre jüngere Schwester überfahren worden war, ging das Kind in die Knie nieder, und als endlich der Arzt eintraf, musste er ihren Tod feststellen.

In diesen Berichten spiegelt sich die verbreitete Ansicht, die auch von vielen medizinischen Kollegen geteilt wird, die wir befragt haben, dass unter „psychogenem Tod“ jenes Sterben zu verstehen sei, das ohne relevanten somatisch-pathologischen Befund und Ursache zustande komme, und somit sich einer plausiblen naturwissenschaftlichen Erklärung widersetze. In naiver vorwissenschaftlicher Weise wird für seltene, im Grunde wohl kaum geglaubte Vorkommnisse, per exclusionem auf die naturwissen-

---

<sup>2</sup> Ursachen sind relativ bezogen, sowohl auf den Blickwinkel als auch auf das Interesse, und sie können von Person zu Person differieren und von Zeit zu Zeit differieren.

schaftliche Erklärung verzichtet und der Psyche die Rolle eines „deus ex machina“ zugestanden. Es erübrigt sich hinzuzufügen, dass auf eine wissenschaftliche Betrachtungsweise damit ebenfalls verzichtet wird.

## 2. Der plötzliche Tod in pathologisch-anatomischer Sicht

Das bisher Gesagte gilt natürlich nicht für den Pathologen. In der Fachliteratur finden sich ausgesprochen viele Arbeiten, die sich mit dem „plötzlichen Tod“ befassen. *Moritz* (1946) referiert die Ergebnisse gründlicher post-mortem Studien bei 1000 anscheinend gesunden jungen Soldaten, die plötzlich verstorben waren: ursächlich konnten die Befunde in 5 größeren Gruppen zusammengefasst werden:

1. Herzkrankheiten 35%
2. Intrakranielle Blutungen 15%
3. Meningokokkensepsis 30%
4. Verschiedene weniger häufige wie entzündliche, degenerative und neoplastische Krankheiten 10%
5. „obscure causes“ 10%

Zur fünften Gruppe, wo trotz sorgfältiger pathologischer und toxikologischer Studien kein Befund erhoben werden konnte, bemerkt *Moritz* abschließend.

„Es kann nur wiederholt werden, dass die Methoden, die dem Pathologen zur Verfügung stehen, oft sich als inadäquat erweisen, sowohl das Ausmaß als auch die Natur gewisser Krankheiten zu enthüllen, obwohl diese schwerwiegend genug sind, ‚to be incompatible with life‘.“ (S. 494)

Explicite mit „unerwarteten Todesfällen ohne morphologischen Obduktionsbefund“ befasst sich *Schleyer* (1965) in seiner Antrittsvorlesung. In Übereinstimmung mit *Moritz* et al. Schätzt er den Anteil der obskuren Obduktionen auf ungefähr 10%. Seine bemerkenswerte Argumentation geht dahin, dass die schwierige Situation des Pathologen darin besteht, „Zustandsdiagnostik“ zu betreiben und hieraus einen Vorgang erklären zu müssen, das Sterben nämlich, „welches mehr zur pathologischen Physiologie denn zur Pathologischen Anatomie gehört“ (S. 1226). Deshalb sei die Schlussfolgerung, ein negativer Befund sei gleichbedeutend mit organisch-nicht erklärbarem Sterben, unzulässig. Sondern es muss festgehalten werden, dass „jeder unerwartete Tod seine organische Ursache oder vielleicht besser seine organische Bahnung hat“, nur lasse sie sich bisweilen nicht nachweisen. Es sei notwendig, sich zu vergegenwärtigen, dass „Negativität“ von Obduktionsbefunden ein subjektiver Begriff sei. *Schleyer's* Forderung, deshalb alle diagnostischen Möglichkeiten auszuschöpfen, lässt sich für unsere Überlegungen dahingehend umformulieren, dass das Ausmaß positiver Befunde proportional dem Ausmaß angewandeter Untersuchungsmethodik ist.

Damit fällt die Begründung, die eingangs für die Rechtfertigung eines rein psychogenen Todes gegeben wurde. *Schleyer* nimmt für diese Todesfälle „nur“ durch Schreck und Angst einen „emotional, d.h. psychogen ausgelösten reflektorischen Herzstillstand“ an. So wird dem kausalen Bedürfnis Genüge geleistet; Tod und Psyche sind nicht mehr unvermittelt einander zugeordnet, sondern treffen sich in diesem „psychosomatischen“ Modell in irgendeinem zentralnervösen Substrat. Die weitere Problematik, die diesem Zusammentreffen innewohnen könnte, braucht nicht erörtert zu werden, da es heuristische Übereinkünfte gibt, welche Fragestellungen von der fachinternen Diskussion ausgeklammert werden können.

### 3. Der Zeitpunkt des Todes

A. *Jores* (1959) knüpft in seinem Übersichtsreferat an die Situation im Obduktionssaal an und führt einen neuen Gesichtspunkt ein, indem er folgende Frage stellt:

„Zwar sind die Befunde sicher in der Mehrzahl der Fälle ausreichend, den Tod zu erklären, aber eine Frage bleibt hier sehr oft offen, die Frage, warum der Tod gerade zu jener Stunde und an jenem Tage eingetreten ist...Denken wir z.B. an unsere Kranken mit Herzinsuffizienz. Über Monate, ja über Jahre kennen wir sie und behandeln sie erfolgreich mit Digitalis. Ohne sichtbare somatische Änderung spricht der Kranke aus uns nicht erklärlichen Gründen mit einmal nicht mehr auf Digitalis an und stirbt innerhalb kurzer Zeit, ja mitunter sogar ganz plötzlich. Die Obduktion zeigt das schwer veränderte Herz, aber weder der Tod zu diesem Zeitpunkt noch der plötzliche Tod findet seine Erklärung.“ (S. 237)

Diese vom Pathologen unbeantwortete Frage ist ihm Rechtfertigung, nach psychologischen Faktoren Ausschau zu halten. Exemplarisch belegt dies *Jores* mit den Berichten über Asthmatiker, die in einem zeitlich relevanten Zusammenhang mit psychotherapeutischen Bemühungen im Status asthmaticus ad exitum kamen. Wir werden diese Berichte weiter unten noch eingehender referieren müssen. Die Durchsicht der Literatur nach weiteren Arbeiten, die sich speziell mit dem Zeitpunkt des Todeseintrittes beschäftigen, war nur mit mäßigem Erfolg bedacht.

An einer Mortalitätsstatistik konnte *Hackl* (1966) folgenden Tatbestand isolieren:

„Ein statistischer Vergleich der Todesfälle in einer Lungenheilstätte mit anderen Mortalitätskurven zeigte, dass die Sterbefälle der Lungenkranken eine signifikante Häufung um das Wochenende aufweisen. Beim Vergleich der Wochenendtoten mit denen aus der Wochenmitte konnten keine Unterschiede bzgl. Geschlecht, Alter, Diagnose ermittelt werden. Da auch alle ermittelbaren äußeren Einflüsse einkalkuliert wurden, kann die Verschiebung der Mortalitätsverteilung zum Wochenende hin statistisch nicht geklärt werden.“

Der Autor betont bei der Diskussion der Ergebnisse, dass er spekulativ der Ansicht ist, dass in Analogie zum Selbstmörder (nach Mitteilung mehrerer Autoren findet sich ebenfalls eine signifikante Häufung des Selbstmordes am Wochenende [*Mittenecker* 1952]) eventuell das Gefühl des verpfuschten Lebens bzw. das Bewusstsein der unheilbaren Krankheit zum Wochenende besonders deutlich wird, und somit sich die Tendenz zum Tode erklären ließe.

Eine Reihe weiterer Arbeiten, die indirekt zu der Frage nach dem Zeitpunkt des Todes Auskunft geben, haben wir folgendermaßen thematisiert:

#### 4. Psychisch bedingte Auslösung des Todes bei organischer Grundkrankheit

Dem psychischen Geschehen, das in einzelnen Fällen auch eine zeitliche Spezifizierung der Ereignisse zulässt, kommt hierbei die Rolle des exacerbierenden Momentes zu; das labile Gleichgewicht zwischen autonom gesetztem Krankheitsprozess und den heteronom verstandenen Widerstandskräften des Organismus wird durch emotionale Vorgänge zu Ungunsten des Patienten verschoben und eben oft in fataler Weise entschieden.

Pointiert lässt sich das Gemeinte in einer Bemerkung v. *Weizsäckers* zeigen, welche außerdem die Reichweite seiner biographischen Methode verdeutlicht:

„Auch dass in einer Seuche ein einzelner seelisch Erschütterter leicht ergriffen und dahingerafft wird, während andere immun bleiben, ist, besonders bei der Cholera, bekannt und anerkannt. Hegels und Niebuhrs Tod an dieser Krankheit folgte auf die Eindrücke der Pariser Revolution von 1831“ (1936).

Allerdings muss betont werden, dass eine zureichende Kenntnis des empirischen Materials Voraussetzung für die Annahme einer solchen Beziehung als Erklärung ist. Andernfalls, und in dem zitierten Beispiel von *Weizsäcker* muss man dies mit *Jaspers* (1965) vermuten, kann die behauptete Beziehung nur als Illustration einer spezifischen Art der Wahrnehmung gelten, nicht mehr als überprüfbare Erklärung (*Jaspers* S. 567). Es folgen nun einige der Beispiele aus der Literatur, wobei wir auf eine vollständige Erwähnung verzichten, da wir ja nur auf Beispielhaftes selbst aus sind.

##### *a) Herz und Kreislauf*

Im Handbuch der Inneren Medizin geben *Schimert et al.* eine breit angelegte Dokumentation über die Beziehungen von psychischen Faktoren und Koronarerkrankungen. Es kann nicht unsere Aufgabe sein, diese Ausbreitung des ungeheuren Materials zu wiederholen, sondern wir begnügen uns mit einer Kurzfassung, die *Schimert* und *Simon* an anderer Stelle unter dem Titel: „Koronare Gefährdung und Affektsituation“ gegeben haben.

„Es ist eine gesicherte klinische Tatsache, dass starke Affekte pekt-anginöse Beschwerden und selbst Herzinfarkte auslösen können. Dies ist sogar möglich, wenn zuvor ein normales Ruhe-EKG vorgelegen hat. Bei längerem Bestehen solcher Affekte kann sich ein lebensbedrohlicher Zustand entwickeln“ (1966, S. 713).

Nach *Boas* soll der spanische König Philipp V. einen solchen affektivbedingten Herzinfarkt mit nachfolgender tödlicher Herzruptur erlitten haben, als ihm die Nachricht von der Niederlage seiner Armee in einer wichtigen Schlacht überbracht wurde (zit. nach *Schimert* 1960).

*Nowlin* (1966) berichtet über Zusammenhänge zwischen Träumen und Angina pectoris Anfällen:

Bei 4 Patienten, die über regelmäßige Stenokardien im Zusammenhang mit schweren Träumen klagten, bestätigte eine kontinuierliche Registrierung von EEG- und EKG-Ableitungen während des Schlafes die subjektiven Angaben: fast alle (über 30) elektrokardiographisch registrierten stenokardischen Attacken der Patienten standen in unmittelbarem Zusammenhang mit entsprechenden Veränderungen im EEG, für die von den Patienten durchweg konfliktgeladene Träume gleichzeitig



angegeben wurden. Einer der Patienten starb an einem Herzinfarkt, nachdem sein EEG wie sein EKG in der vorausgegangenen Nacht neunmal charakteristische Veränderungen gezeigt hatten.

*Nowlin* nimmt ursächlich eine durch den Traum ausgelöste übermäßige Katecholaminausschüttung an, wie auch *Schimert* die Manifestierung der Koronarinsuffizienz einer affektbedingten Adrenalinsekretion zuschreibt.

*Isberg* (1956) teilt einen Fall mit, der paradigmatisch das hier Angestrebte verdeutlicht: ein Patient mit klinisch bekannter Aortenstenose, aber ohne Evidenz einer „impaired cardiac function“, wird wegen eines akuten schizophrenen Schubs eingeliefert.

In drei Sätzen beschreibt der Autor die Interaktion:

1. Person with acute schizophrenic reaction experiences great anxiety.
2. When such a person has also organic heart disease, the intense anxiety may impose a serious added burden on the diseased heart.
3. Sudden congestive heart failure may occur.<sup>3</sup>

Die pathophysiologischen Zusammenhänge lassen sich ebenfalls präzisieren: 1. die kardiale Auswurfleistung ist bei der Aortenstenose deutlich vermindert und 2. bei Angstzuständen erfordert die erhöhte Kreislaufbelastung eine Erhöhung der kardialen Auswurfleistung (*Stevenson* 1950). So lässt sich ableiten, dass das Auftreten von Angst bei Patienten mit Aortenstenose eine gefährliche Situation schaffen kann, „for this heart lesion prevents fulfilment of the demand for increased cardiac output imposed by anxiety and accordingly acute congestive failure and death may ensue.“<sup>4</sup>

*Järvinen* (1955) stellte bei einer retrospektiven Aufarbeitung eines Kollektivs von 373 Herzinfarkt-Patienten einen zeitlichen Zusammenhang fest zwischen der Chefarztvisite und 6 Todesfällen.

Von 84 Todesfällen des Gesamtkollektivs ereigneten sich 45 in den ersten 7 Tagen post infarct. Da diese Zeitspanne im allgemeinen als kritisch für das Überleben nach einem Infarkt angesehen wird, wurden aus diesem Teilkollektiv keine Schlüsse gezogen, selbst wenn der Tod mit einer Visite koinzidierte. 39 Patienten verstarben vom 8. - 42. Tag. Teilt man die Tage in 6-Stunden-Perioden auf, so verteilen sich die Todesfälle ziemlich gleichmäßig über die 4 Perioden (11, 10, 7, 11). Da die Visite in dem Krankenhaus zwischen einer halben und einer Stunde dauert, hätten sich statistisch nur 0,8 - 1,6 Todesfälle während der Zeit der Visite ereignen dürfen. 5 Todesfälle aber standen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Visite, der 6. begann während einer solchen, der Tod selbst trat 2 Stunden später ein.

Zwei Patienten starben, als ihnen eröffnet wurde, dass der Zeitpunkt ihrer Entlassung, den sie sehnlichst herbeigewünscht hatten, gekommen war, zwei andere Patienten waren regelmäßig während der Visite sehr erregt, drei der Todesfälle traten bei der nur einmal wöchentlich stattfindenden Oberarzt-Visite ein.

Leider finden sich keine differenzierteren psychologischen Angaben, da, wie schon oben erwähnt, sich der Zusammenhang erst retrospektiv ergab. Trotzdem repräsentiert

---

<sup>3</sup> 1. Ein Patient mit einem akut schizophrenen Schub erlebt eine große Angst,  
2. hat ein solcher Patient eine organische Herzerkrankung, so kann die intensive Angst eine zusätzliche ernsthafte Belastung für das erkrankte Herz sein,  
3. plötzliches Linksherzversagen kann eintreten.

<sup>4</sup> Denn diese Herzläsion verhindert die Befriedigung des Bedarfs nach erhöhter kardialer Auswurfleistung, welche durch die Angst verursacht ist, und deshalb droht das akute Linksversagen und anschließender exitus.

diese Untersuchung eine Dokumentation über die psychische Belastung, die die Situation des Patienten-Seins u.U. darstellt. Um den Tod dieser Patienten jedoch ganz zu begreifen, müsste die Struktur der für sie fatalen Situation erst begriffen werden, womit wir wiederum über die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise hinausverwiesen werden.

Eine pathophysiologische Erörterung des bei *Järvinen* Dargestellten lässt sich bei *Weiss* (1940) nachlesen. Diese Publikation beschäftigt sich mit dem schon eingangs erwähnten plötzlichen Eintritt des Todes ohne präzisen pathologisch-anatomischen Befund. *Weiss* vertritt die Auffassung, dass dem plötzlichen Tod weiterhin ein enger Zusammenhang zwischen dem Mechanismus des plötzlichen Todes und dem des synkopalen Anfalles besteht. Da eine Hyperaktivität der Herzreflexe und erhöhte Sensitivität des Myokards gewisse Voraussetzungen zum synkopalen Anfall sind, konzentriert *Weiss* eine patho-physiologisch stringente Möglichkeit eines psychogenen Todes:

„in the presence of ischemic myocardium and hyperactive reflexes, fright or other emotional stress may induce cardiac arrhythmia, syncope and death”<sup>5</sup>

Gewiss wird hier keiner Monokausalität die Rechtmäßigkeit bestätigt, sondern eine differenzierende Betrachtungsweise psychophysiologischer Interaktion geboten.

Eine ähnliche Auffassung vertritt *Moore* (1944 bei *Walters*): shock or syncope can be induced by intense emotional stress“; andererseits meint er, dass „ein kontinuierlicher emotionaler Stress funktionelle Änderungen bewirkt, die dann eventuell in einen organischen Myokardschaden übergehen“ (S. 85).

Zu den aufgeführten Beispielen ist nun kritisch zu bemerken, dass die psychologische Beschreibung sich auf Allgemeinbegriffe wie Affekt, Emotion oder Angst beschränkt. Dies ist vom Ansatz der gängigen psycho-physiologischen Untersuchungen her verständlich, von denen *Mitscherlich* (1967) sagt: „Die Psychologie derartiger Untersuchungen ist meistens von geradezu archaischer Primitivität“ (S. 16).

Psychische Ereignisse werden dabei wie naturwissenschaftliche Phänomene behandelt. Im Rahmen des dabei verwendeten Reiz-Reaktions-Modells fungiert der Affekt als einer der möglichen Reize. Diese Integration psychologischer Begriffe in das Ursache-Wirkungs-System der klassischen Psychophysik lässt sich immer wieder im medizinischen Sprachgebrauch aufweisen:

„We have pointed out elsewhere that in normal persons the tonus and activity of the reflexes of the autonomic nervous system vary considerably. Under the influence of emotional stress and strain or of disease a remarkable degree of hyperactivity of selected reflexes can develop” (*Weiss* S. 794).<sup>6</sup>

Es ist nicht zu übersehen, dass bei dieser Verwendung psychologischer Begriffe diese nur als vorläufige Bezeichnung für Physisches intendiert sind (siehe dazu auch *Schaefer* 1956).

---

<sup>5</sup> Bei Bestehen eines ischämischen Myokards und hyperaktiven Reflexen können Furcht oder emotionaler Stress eine kardiale Arrhythmie, Synkopen und den Tod induzieren.

<sup>6</sup> Wir haben anderswo betont, dass bei gesunden Personen der Tonus und die Aktivität der autonomen Reflexe beträchtlich variieren. Durch den Einfluss von emotionalem Stress oder durch Krankheit kann sich jedoch eine beträchtliche Hyperaktivität einzelner Reflexe herausbilden.

Direkt angesprochen wird die Rolle der Emotion als traumatischer Faktor bei *Muller und Muller* (1951). Da die Autoren vom forensischen Standpunkt aus prüfen, ob emotionale Traumen als traumata im Sinne des Gesetzes behandelt werden können, wird die hierzu notwendige Gleichsetzung mit Agentien der physikalischen Welt besonders deutlich:

„si nous démontrions que le choc émotionnel est générateur de désordres physiques reconnaissables et assimilables à ceux provenant de traumatismes directs des tissus (S. 105)<sup>7</sup>

Ohne die dort aufgeführten Beispiele von Todesfällen durch emotionale Schockeinwirkung im einzelnen hier zu referieren, möchten wir festhalten, dass die Autoren pathogenetisch für den physischen Teil der Reaktion das *Selyesche* Prinzip der allgemeinen Adaptionsreaktion und deren Versagen für den dabei wirksamen Mechanismus halten, wobei „Emotion“ als Stressor im Sinne *Selyes* identifiziert wird. Ohne nun die Korrektheit der patho-physiologischen Beweisführung zu bestreiten, scheint es uns wichtig aufzuzeigen, wie durch die Klassifizierung der Emotion als Stressor der Verzicht auf eine differenziertere Darstellung des psychischen Geschehens vollständig wird. Denn per definitionem verzichtet der Stress-Begriff auf jede Spezifität sowohl hinsichtlich der Umweltstruktur als auch der psychischen Struktur (*Kilian* 1953).

### *b) Hyperglykämie*

Über die Ergebnisse psychosomatischer Erforschung der Hyperglykämie und des Diabetes informiert die gründliche Übersichtsarbeit von *Hose, Elhardt* u.a. (1955). Wir können hier über einen Fall berichten, bei dem als eine Folge „durchgemachter Seelenkrämpfe“ eine Hyperglykämie mit tödlichem Ausgang beobachtet wurde.

Ein 18jähriger junger Mann wurde wegen einer kleinen Veruntreuung zu acht Wochen Haft verurteilt. Der bis dahin gesunde Patient zeigte nach 4 Wochen Gefängnis ein bedrücktes Wesen, weinte viel, klagte über Gewissensqualen und Schlaflosigkeit. Ein Verdacht auf Lungentuberkulose bestätigte sich nicht, Zucker war im Urin nicht nachzuweisen. Auf dem Nachhauseweg vom Gefängnis kollabierte der Junge, klagte dann über Heißhunger und Durst. Kurz nach der Einlieferung geriet der Patient in eine hyperglykämische Koma (Blutzucker 1127 mg%), welches auch hohen Insulingaben widerstand. Der Tod erfolgte im völligen Kollaps unter einem finalen Temperaturanstieg auf 41°C. Der pathologische Befund ergab nur eine braune Atrophie von Leber und Herz; die histologische Untersuchung des Pankreas und Zwischenhirns ergab normale Verhältnisse.

*Essen* (1942) führt die Zuckerstoffwechselstörung auf die durch die Gefangenschaft durchgemachten Konflikte zurück; pathophysiologisch nimmt er ein Versagen diencephaler Zentren an.

### *c) Asthma*

Exemplarisch und vom psychologischen Standpunkt sehr viel zufriedenstellender sind die Berichte über plötzliche Todesfälle bei Asthma. Vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt aus erschienen in der Dekade zwischen 1944 und 1954 einige Arbeiten, die sich mit den Ursachen des plötzlichen Versterbens beschäftigen (*Rackemann* 1944,

---

<sup>7</sup> Falls wir aufzeigen könnten, dass der emotionale Schock der Erzeuger körperlicher Schäden ist, die als solche erkenntlich und denen ähnlich sind, die durch direkte Verletzung der Gewebe entstehen.

Walzer 1952, Robertson 1954). Diese Autoren fanden übereinstimmend wie Leigh (1955), auf dessen Arbeit wir uns dabei stützen, als charakteristisches Bild eine Verstopfung der Bronchiolen durch zähe, muköse Schleimpfropfe, eine Verdickung der Basalmembran der bronchialen Mucosa und eine eosinophile Infiltration der Bronchialwand. Dieses pathologische Syndrom wird auch von Knick (1954) als eine von mehreren Komplikationen aufgeführt, und als nahezu asthmaspezifisches Symptom bezeichnet (S. 21). Neben der Dyskrie wird noch von Leigh auf das Herzversagen hingewiesen, das in etwa 10% der Fälle für den Tod verantwortlich gemacht werden kann, und weiterhin auf eine Reihe anderer Komplikationen, die auch Knick aufführt. Die für unsere Arbeit entscheidende Frage stellt Leigh:

„That the state of mind of these patients has not been commented on is strange, in view of the importance of emotional factors in the production of the asthmatic attack“ (S.232).<sup>8</sup>

In einer ausführlichen Falldarstellung exemplifiziert Leigh den Erkenntnisgewinn einer solchen Fragestellung. Jores und Droste (1956) referieren diesen Fall und fügen zwei sehr ähnlich gelagerte Beispiele hinzu. Zusammenfassend lesen wir dann:

„In allen drei Krankheitsfällen bestanden bei den Patientinnen Lebenssituationen, die ihnen selbst aussichtslos erscheinen mussten, in Verbindung mit schwersten Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen... In den drei Fällen dürfen wir wohl sagen, dass die Lebenssituationen, in denen sie sich befanden, für sie selbst völlig unlösbar schienen und sicher wohl auch unlösbar waren. Für alle drei bestand bei ihrer nun einmal besonderen psychischen Konstitution keine Möglichkeit mehr, das Leben noch länger zu tragen. So dürfen wir wohl sagen, dass der Tod in diesen Fällen psychologisch determiniert worden ist“ (S. 40).

Die genaue Kenntnis der psychischen Situation, die zu solchen Schlüssen berechtigt, stammt aus psychotherapeutischen Gesprächen, die mit den Patienten geführt wurden. So stellt sich z.B. der zeitliche Aspekt bei Leighs Fall folgendermaßen dar:

„Bei der Exploration kommen alle diese Punkte (die Vorgeschichte der Pat., A. d. V.) nacheinander zur Aussprache. Ihr Bericht steigert sich dabei von Mal zu Mal, bis schließlich am Todestage die entscheidenden Punkte von ihr vorgebracht werden“ (Jores 1956, S. 39).

Die Legitimität solchen Unterfangens kann man aus der Not herleiten, zentralnervöse Vorgänge noch nicht (und ob überhaupt) in der Sprache lückenloser Neuronenketten und neuronaler Schaltmuster beschreiben zu können. Schaefer (1957) entwickelt diese heuristische These am Modell der Kreislaufregelung:

„Ohne das, was wir gemeinhin ‚Psyche‘ nennen, sind viele Regelprozesse nicht vollständig beschreibbar. Und zwar spielt Psychisches immer dort in den Regelvorgang hinein, wo der Organismus mit seiner Umwelt zu tun hat, wo also seine Homöostasis, sein Gleichgewicht, auf die Umwelt abgestimmt sein muss“ (S. 107).

An anderer Stelle rückt Schaefer (1956) einen ökonomischen Gesichtspunkt in den Vordergrund seiner Auseinandersetzung mit dem, „was man gemeinhin Psyche nennt“:

---

<sup>8</sup> Dass der seelische Zustand dieser Patienten nicht besprochen wurde, erscheint verwunderlich, besonders hinsichtlich der Bedeutung, die emotionale Faktoren bei der Auslösung asthmatischer Attacken zugesprochen werden muss.

„Krankheit, deren Genese nicht bis zur letzten Ursache zu verfolgen ist, d.h. also bis zu einer hinreichenden Ursache außerhalb des Körpers selbst, bleibt unerklärt im Sinne einer naturwissenschaftlichen Medizin. Krankheit, solcherart vorerst noch der Kausalanalyse nicht zugänglich, mag als durch Seelisches determiniert beschrieben werden können. Diese Art Beschreibung,..., ist jedenfalls in vielen Fällen einfacher als eine Kausalanalyse (S. 22).

Eine solche Argumentation kann psychologische Fragestellungen und psychologische Ergebnisse, wie wir sahen, rechtfertigen. Trotzdem scheint uns, dass sich aus diesen Beispielen noch mehr ableiten lässt als ein aushilfsweises Akzeptieren psychologischen Denkens. Es ist ja nicht nur der Vorgang der zentralnervösen Verarbeitung von Sinneseindrücken bzw. Informationen, der sich vorläufig der naturwissenschaftlichen Kausalanalyse entzieht. Auch die Interaktion des betroffenen Subjekts mit seiner Umgebung und die Eigenart dieser Umgebung will begriffen sein, um zu verstehen, dass Lebenssituationen bestanden, die den Patientinnen selbst aussichtslos erscheinen mussten. Um die Subjektbezogenheit einer Situationsbeurteilung zu erfassen, also die semantische Seite einer Situation, muss ein Begriffssystem verwendet werden, das die Dimension der Geschichtlichkeit enthält. Denn erst die Kenntnis der Geschichte der vorausgegangenen Interaktionen des Subjekts mit der Umwelt ermöglicht dem externen Beobachter das kausale Verständnis einer Reaktion in der gegenwärtigen Situation. Der Anspruch wissenschaftlicher Bemühung kann auf die vollständige Beschreibung eines Geschehens gerichtet sein. Die methodologisch begründete Insuffizienz biologischer Forschungstechniken, eine solche Beschreibung zu liefern, zwingt dazu, mit Hilfe anderer Methoden, wie sie z.B. durch die Psychologie bereitgestellt werden, die Informationsbasis zu verbreitern. Der Anspruch der monolinearen Kausalität, der im biologischen Ansatz noch zu erfüllen war, verliert dabei nun seine Geltung.

Der Bericht von *Leigh* bietet zusätzlich zu einer detaillierten psychodynamischen Schilderung eine pathogenetische Hypothese, die den pathologischen Befund der Dyskrie erklären soll. Er beobachtete, dass die entscheidende Wirkung der psychotherapeutischen Gespräche in einer emotionalen Entladung und Erleichterung bestand. In Analogie zu Hypersekretion des Magens bei oralen Abhängigkeitswünschen sieht er die exzessive Schleimproduktion als Wirkung intensiver parasympathischer Erregung, welche als Äquivalent der Abfuhr emotionaler Spannung angesehen wird.

Fassen wir also die Auffassungen von *Leigh* und *Jores* zusammen, so zeichnen sich ihre Darstellungen entscheidend hinsichtlich des psychologischen Informationsgehaltes aus. Dieser enthält nicht nur deskriptive Elemente, sondern ist auch psychodynamisch orientiert. Damit meinen wir, dass schon für die Entstehung des Asthmas u.a. auch psychisch relevante Konstellationen im Sinne der psychoanalytischen Krankheitslehre angenommen werden. Als weiteres Beispiel für eine psychoanalytische Darstellung verweisen wir auf *Schneers* Bericht: „Der Tod eines asthmatischen Kindes (1963, S. 166).

Im Gegensatz zu den differenzierten psychischen Befunden, die *Jores* und *Leigh* berichtet haben, beschränkt *Knick* bei der Darstellung psychopathologischer Daten sich auf die Angabe der Biographie.

*Knick* (1954) wagt sich bei der Besprechung seiner gut dokumentierten Beispiele noch in eine andere als die psychologische Dimension vor. Im Gegensatz zu *Jores* und *Leigh* versucht er nicht nur die auslösende letzte Situation vor dem Tode mit dem Tod

selbst zu verknüpfen, sondern setzt schon die psychische Bedingtheit der Krankheit mit dem Tode in folgende Beziehung: mit dem Hinweis, dass die psychologische Forschung (Alexander, F. 1951) noch keine einheitlichen Ergebnisse vorweisen könnte, sieht er bei diesen Patienten eine primäre vitale Angst als Urphänomen. Der Asthmakranke scheint ihm aus Mangel an vitaler Beteiligung in einen Abstand vom Leben zu gelangen, der nicht geistiger Natur sei. Das Fehlen einer geistigen Führung und Beherrschung schaffe eine psychologische Situation, aus der es schwer gelänge, den Anschluss an die Transzendenz zu finden, da das Geistige als Vermittler fehle. Weiterhin *Kierkegaards* Sprache gebrauchend, wird als Argument angeboten, dass die jedem Menschen verfügbare Freiheit der Entscheidung und Verantwortung in diesen Fällen zu einer Projektion der Existenz in eine ausweglose Situation führen würde: deshalb sei eine Fluchtreaktion naheliegend.

Angesichts der Schwierigkeit, psychologische Aussagen zu machen, die eine allgemeine Gültigkeit beanspruchen können, scheint es uns vermessen, eine philosophische Interpretation als Erklärung auszugeben.

#### d) *Anorexia nervosa*

Für ein anderes Krankheitsbild, die *Anorexia nervosa*, gilt auch eine zweifache Verwendung der Bezeichnung: psychogener Tod.

1. *Sperling* (1964) stellt eine Patientin vor, die bei psychotherapeutischen Bemühungen zu früh verbal mit ihrem Zentralproblem konfrontiert worden war. Ihre Reaktion auf die Deutung des Analytikers war: „Ja, wenn das so ist“, verstummte dann, und trat ohne äußerliche Zeichen großer innerer Erregung in einen psychogenen Stupor ein, der nach einer halben Stunde in ein peripheres Kreislaufversagen ausmündete, welches nicht beherrscht werden konnte. Das Verblüffende an diesem Beispiel ist die Lautlosigkeit der abrollenden Gefühlsbewegung, welche phänomenologisch an die später zu besprechenden Voodoo-Tode erinnert. *Sperling* sagt nun, dass seine der Patientin gegebene Interpretation eines biographischen Sachverhaltes für die Patientin einen starken emotionalen Schock bedeutet haben muss.

Dieses müssen wir wieder als einen Hinweis auf die Bedeutung der Wahl der theoretischen Begriffe verstehen. Nur eine Konzeption, in deren Rahmen die Biographie einer Person als Eigenschaft dieser Person gewürdigt wird, kann solche Interaktionen erfassen.

2. Eine Bemerkung von *Thomä* (1962), dass gelegentlich bei der *Anorexia nervosa* Fröhntodesfälle in der Klinik zu beobachten seien, leitet hinüber zu einer radikaleren Anwendung der Denkvorstellung eines psychogenen Todes. Diese geht aus von der Annahme, dass die Erkrankung selbst durch eine psychische Fehlentwicklung inszeniert wird; alle körperlichen Funktionsstörungen sind sekundärer Natur, sind nur die Folgen der Spureinstellung, die den ganzen Körper zu beherrschen scheint. Der letale Ausgang, der durchaus bei schweren, protahierten Fällen zu befürchten ist, wird zwar realisiert durch die Folgen der Kachexie, Inanition, Stoffwechselstörungen etc. Das Erreichen eines präfinalen Zustandes erscheint jedoch unter somato-pathologischem Gesichtspunkt nicht begründbar – wohl aber unter psycho-pathologischem.

V. *Baeyer* schreibt zur Pubertätsmagersucht:

„Die daraus hervorgehende Störung greift zu tief in die Struktur der Leiblichkeit ein, sie geht in schweren Fällen bis zur Vernichtung des Lebens.“ (1959, S. 83)

*M. Boss* vertritt eine ähnlich radikale Psychogenese, wenn er beim Vergleich von Tuberkulose und Magersucht schreibt:

„Jedenfalls geschieht in beiden Krankheiten auf dem Wege einer leiblichen Aushöhlung und Ausmerzung eine Abwendung vom normgemäßen irdischen Existieren, eine Art Verdunstung aus dem leiblich-irdischen Aggregatsbereich des menschlichen Daseins“ (1954, S. 153).

Für *Thomä* ist dies ein gutes Beispiel einer (unerwünschten) Psychologisierung des Körpergeschehens; wir meinen sogar, dass hier wieder ein Beispiel philosophischen Spekulierens vorliegt, wie wir es schon bei *Knick* kritisiert haben, womit die Frage uns auf die wissenschaftstheoretische Stellung der *Bossschen* Daseinsanalyse überhaupt verweist.

## 5. Tod an Neurose

Wenn wir auch in der Einleitung die direkte Frage, ob es einen Tod an Neurose gibt, zurückwiesen, nähern wir uns nach der Besprechung zweier psychosomatischer Krankheiten mit eventuell fatalem Ausgang einer solchen Fragestellung. Immerhin hoffen wir inzwischen verdeutlicht zu haben, dass es ganz entscheidend auf den theoretischen Ansatz ankommt: denn nur im Rahmen solcher theoretischer Vorentscheidungen werden Phänomene wie der psychisch bedingte Tod sichtbar, bzw. bleiben unsichtbar, wenn das Begriffssystem eine Bezugsstiftung zwischen psychischer Entwicklung und somatischer Reaktionsweisen nicht zulässt.

*Kronfeld* (1934) stellt sich explizit die Frage, ob es Fälle gibt, „in denen die Neurose als Krankheitsgeschehen die Lebenstätigkeit vernichtet“ (S. 129). Er klammert dabei den Selbstmord, der aus neurotischer Motivation heraus erfolgt, aus, da dieser eine zusätzliche äußere Tat erfordere, also eine Zerstörung des Organismus mit äußeren Mitteln sei.

Anhand von zwei Fallberichten versucht *Kronfeld* seine Frage zu bejahen:

1. Ein 40jähriger, bis dahin gesunder Sportlehrer, wird pädophiler Beziehungen beschuldigt. Nach anfänglichem Leugnen und Verkleinern seiner Taten kommt das ganze Ausmaß der Verfehlungen ans Licht der Öffentlichkeit. „Schlagartig brach das ganze Verteidigungssystem des Beschuldigten zusammen.“ Es trat eine Katastrophenreaktion ein, die an einen *Ganserschen* Dämmerzustand erinnerte, es folgten schlaffe Ohnmachten, eine reaktive Depression mit hysterischem Zittern. Es entwickelte sich mehr und mehr das Bild einer psychogenen Psychose. Durch Einlieferung in eine psychiatrische Anstalt entging er der drohenden Verhaftung. „Seine Ohnmachtsanfälle häuften sich, wurden immer eingeschliffener und sozusagen jederzeit verfügbar.“ Als er in der Anstalt verhaftet werden sollte, erlitt er einen schweren Kollaps, „der erst nach Stunden in ein mussitierendes Delir überging und binnen vier Tagen mit dem Tod an ‚Herzschwäche‘ endete“. Die Autopsie ergab nur einen Kräfteverfall, sonst keinen pathologischen Befund.

Die psychodynamische Rekonstruktion ergab eine gewaltige infantile Gewissensangst, in der Erscheinungsweise einer Strafangst. Auf dem Hintergrund der Pädophilie kann *Kronfeld* folgenden Mechanismus angeben: „Mit der kriminellen Schuld kehrte auch die infantile Schuld wieder. An dieser Aktualisierung der infantilen Strafangst aus dem Kastrationskomplex erwuchs jene Angsthysterie, deren Konversionen für J. tödlich wurden“ (S. 134).

2. Eine 37jährige Patientin mit phallisch-aggressivem Charakter, die in einer nicht analysierbaren ideologisierten Abwehrhaltung gegenüber allem Fleischlichem steht, „lässt sich aus ihrem neurotischem Zwangsmotiv heraus verhungern“. *Kronfeld* unterstreicht, dass es sich um keinen absichtlichen, bewussten selbstmörderischen Akt gehandelt habe, sondern dass Frau U.s Selbstbehauptung, auch wenn diese neurotisch fundiert gewesen ist, sich stärker erwies als der Tod.

Diese zweite Beobachtung dürfte sich in das Krankheitsbild der Anorexie eingliedern lassen und soll deshalb nicht weiter erörtert werden. Die Auffassung, dass die Konversionshysterie fatal enden kann, wird auch von *E. Menninger* (1948) vertreten: „The possibility must be acknowledged that a hysterical person may die through his hysterical imagination.“<sup>9</sup>

Spezifisch für den hysterischen Mechanismus sei es, dass dieser dem Subjekt nicht bewusst sei. Hiervon sei der psychogene Mechanismus, der bewusste Wunsch zu sterben, zu differenzieren, wie er sich in den Berichten über die Vorhersage des Todes findet (s. weiter unten).

## 6. Tod durch psychotische Erregung

*Stürup* berichtet 1943 von einer emotionell empfindlichen paranoiden Patientin, die von einem starken psychischen Schock befallen wird. Ein heftiger Gefäßkrampf mit nicht fühlbarem Puls, kühlen Extremitäten und steigender Rektaltemperatur stellt sich ein, der nicht durchbrochen werden kann. Die Patientin kommt 16 Stunden nach Eintreten des Schocks at exitum.

Es ist, wie *Stürup* selbst sagt, in diesem Fall sehr schwer zu entscheiden, inwieweit die psychophysiologischen Mechanismen von der Psychose beeinflusst waren. Wodurch der psychische Schock verursacht war, wurde nicht deutlich; die Patientin erlebte einen heftigen Anfall einer Zimmergenossin mit, und fing plötzlich an, erregt zu reden, sie habe einen Schock gekriegt und müsse sterben.

Von *G. Alexander* (1952) wird ein sehr ähnlich gelagerter Fall mitgeteilt.

Ein 35jähriger Patient mit einer katatonen Schizophrenie kommt im Verlauf seines dritten Klinikaufenthaltes in einen Erregungszustand. Das klinische Bild ist das einer febrilen Episode, wie sie *Scheid* (1937) beschrieben hat, ohne dass sich dafür eine organische Verursachung eruieren lässt. Psychisch war der Patient noch zwei Tage vor dem Tode räumlich und zeitlich orientiert und äußerte, wie schon zuvor, eine blande Selbstzufriedenheit und eine „pleasurable anticipation of death“, eine freudige Todeserwartung. Der Tod erfolgte ohne Änderung des klinischen Bildes, „the patient coughed slightly two or three times and ceased to breathe“. Die sorgfältige pathologische post-mortem-Untersuchung ergab keinerlei Hinweise; eine Vergiftung konnte ausgeschlossen werden.

Bei der Diskussion meint *Alexander*, dass im Hinblick auf die völlige Negativität der somatischen Untersuchungen eine mögliche Rolle psychologischer Kräfte, die im Sinne einer „self-destruction“ agiert haben könnten, erörtert werden müssten. Verbalisierte Todeswünsche bestanden ungefähr seit einem halben Jahr vor dem Tode, doch verzichtet der Autor auf jegliche Hypothesenbildung, „as in the light of present

---

<sup>9</sup> Es muss die Möglichkeit akzeptiert werden, dass eine hysterische Person durch hysterische Vorstellungen sterben kann.



knowledge of psychosomatic interrelationships, it still remains a matter of individual speculation“ (S. 194).

*Shulack* revidiert 1938 die Literatur über diesen Tod durch Erschöpfung bei erregten Patienten. Übereinstimmend wird das klinische Bild wie folgt angegeben:

Als „exhaustion syndrome“ wird bei schizophrenen oder manisch-depressiven Patienten als Folge der Hyperaktivität beobachtet: eine motorische und geistige Erregung, die von 2 bis 24 Stunden zu dauern pflegt, begleitet von Gewichtsverlust, Hyperpyrexie, Zeichen eines Kreislaufschocks; und dann tritt gewöhnlich der Tod ein.

Für die Pathogenese gibt *Shulack* eine Zusammenstellung der bisher vorgetragenen Auffassungen:

1. Psychische und emotionale Spannung (*Gregg* 1936)
2. Vagale Hypertonie (*Stefan* 1934)
3. Plötzliche Atonie des Kreislaufs (*Stefan* 1934)
4. Schwere Toxämie, die zum kardivaskulären Kollaps führt (*Derby* 1933).

Er selbst fügt hinzu, dass keine der referierten Erklärungen voll befriedige. Seiner Ansicht nach handelt es sich um eine kombinierte Einwirkung der angegebenen Faktoren auf ein „emotionally sensitized central nervous system“.

*Gianascol* (1955/56) greift die obige Argumentation auf, fügt die uns schon bei *Schleyer* begegnete Ansicht hinzu, dass die Dürftigkeit der postmortalen Befunde auf eine Erklärung verweise, die in der Pathophysiologie des Sterbens zu suchen sei.

Überblicken wir die vorgetragenen Ansichten zum Tod in psychotischer Erregung im Hinblick auf stringente psychogene Zusammenhänge, so müssen wir feststellen, dass die Berichte zwar eine exacerbierende Funktion der Emotion diskutieren, dass die Psychose aber als Grundkrankheit nicht wirklich mit der psychologischen Dimension in einen Zusammenhang gebracht wird. Auch in *Alexanders* Darstellung imponieren die Todeswünsche nicht eigentlich als wirkende Kraft, selbst wenn der Autor eine solche Hypothese zur Diskussion stellt. Es widerspiegelt sich darin die klassische psychiatrische Auffassung, dass die Inhalte der Psychose zwar von der Lebensgeschichte her verständlich, nicht aber erklärend für das Entstehen der Psychose gewertet werden können (*K. Schneider* 1967). Leider fanden wir keine Arbeit, die eine konsequente Anwendung psychodynamischen Denkens auf einen Todesfall durch psychotische Erregung darstellen würde. Erst dann würde eine gewisse Entscheidung getroffen werden können, ob die hier besprochenen Beispiele in unseren Themenkreis gehören.

Eine Mittlerstellung zwischen beiden oben angegebenen Positionen nimmt *Walters* (1944) ein, indem sie eine starke Identifikation mit der Mutter in ihrem beschriebenen Fall als entscheidend wirksamen Mechanismus ansieht:

Eine 40jährige Patientin bietet das Bild einer paranoiden Psychose mit der Leitidee, sie werde wie ihre Mutter und ihre Tante im Alter von 42 Jahren sterben. Der bisherige Verlauf der Krankheit war zufriedenstellend. Im 7. Monat des 32. Lebensjahres musste die Patientin wieder hospitalisiert werden. Diese wurde zunehmend erregt und ängstlich, war somatisch jedoch ohne auffälligen Befund. Am Geburtstag ihrer Mutter geriet sie in ein Koma (subnormale Temperatur, schwacher Puls, Respiration erhöht, Harnstoff-N 70mg%) und starb den Tag darauf.

Als Todesursache gibt die Autorin an: „renal failure brought about by acute emotionalism“, wobei die starke emotionale Erregung auf den schon erwähnten Identifikationsvorgang zurückgeführt wird. Eine somatische Erklärung, das Nierenversagen auf die katatonische Erregung zurückzuführen, wie dies von *Gianascol* (1955/56) und *Thompson* (1939) beschrieben wurde, wurde ausdrücklich abgelehnt; ebenso wenig verfiel die Verfasserin dem Ausweg, eine zufällige Koinzidenz zwischen dem Nierenversagen und dem prognostizierten Zeitpunkt anzunehmen.

## 7. Der Voodoo-Tod

Obwohl das nun zu diskutierende Phänomen heute einen recht breiten Platz in fast allen Berichten über psychogene Tode einnimmt, gelangt es doch erst 1942 in das rechte Licht medizinischer Würdigung. Damals veröffentlichte der bekannte Physiologe *Walter B. Cannon* in der Zeitschrift „*American Anthropologist*“ seine Erfahrungen über den sog. Voodoo-Tod und formuliert eine pathophysiologische Hypothese; damit erhob er die vielen Berichte aus allen Teilen der Welt in den Rang eines klinisch relevanten Ausgangsmaterials und trug nicht wenig dazu bei, das Feld der Anthropologie auch für Mediziner zu eröffnen.

### a) Ein Kritiker

Wir wollen aber zuerst einen scharfzüngigen Kritiker zu Wort kommen lassen, der das zur Diskussion stehende Phänomen recht gut erfasst, wenn er auch der Ansicht ist, dass es sich um ein Trugbild handelt: „A consensus appears to exist among anthropologists and students of psychosomatic interrelationships that an extreme instance of the effectiveness of symbolic stimulation in altering physiological processes is seen in the phenomenon of voodoo-death“ (*T.X. Barber*, 1961)<sup>10</sup>. Mit folgenden Argumenten versucht *Barber* dann den Konsensus der unten erwähnten Forscher in Frage zu stellen:

1. Fast allen in der Literatur berichteten Beispielen fehle eine die Vergiftung ausschließende toxikologische Untersuchung.

2. Die Opfer der Zauberei und des Tabus verweigerten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme vom Zeitpunkt an, wo sie sich ihrer Lage bewusst würden. Deshalb würde *Barber* als Todesursache Dehydratation annehmen. Bei diesem Argument scheint er jedoch die Zeitspanne der Nahrungskarenz nicht genügend zu berücksichtigen; handelt es sich doch in den meisten Fällen bis zum Eintritt des Todes nur um Stunden oder ein bis zwei Tage (s.d. *Ellenberger* 1951/52).

3. Die Möglichkeit organischer Krankheiten und damit auch Todesursachen scheint ihm nicht genügend gewürdigt zu sein.

4. Führt *Barber* an, dass des öfteren die Berichte unkritisch akzeptiert werden, – er meint damit die auch von anderen Autoren bestätigte Tatsache (*Ackerknecht* 1943, *Frazer* 1922), dass im System des primitiven Weltverständnisses es keinen, im Sinne

---

<sup>10</sup> Anthropologen und psychosomatisch Interessierte scheinen der Ansicht zu sein, dass im Phänomen des Voodoo-Todes ein außerordentliches Beispiel für die Wirksamkeit symbolischer Stimulation physiologischer Prozesse gegeben sei.

naturwissenschaftlichen Denkens, natürlichen Tod gibt – Ausnahmen dazu siehe *Malinowski* 1948, *Koty* 1934 – und deshalb überraschende Todesfälle der Wirkung von Zauberei zugeschrieben werden.

5. Schließlich erwähnt *Barber* einen Bericht, der von ihm als verlässlich erscheinenden Autoren stammt (*L.W. Simmons* und *H.G. Wolff* 1954, S. 94-95), kann sich jedoch auch hierbei nicht zu einer Anerkennung der Deutung eines Voodoo-Todes durchringen, sondern bleibt, fast wider bessere Einsicht, bei seiner Dehydratationsthese.

Angesichts eines gewaltigen Materials, das von *Barbers* kritischer Argumentation allein nicht entwertet wird, bleibt der Eindruck, dass hier einem Vorurteil wissenschaftlicher Ausdruck verliehen wurde; man stirbt eben nicht durch symbolische Interaktion und deren Folgen. Deshalb ist jede andere Todesursache, sei es Gift oder Dehydratation etc., auch wenn diese wenig plausibel ist, recht. *Cannon* hat sich mit der Frage inwieweit diesen Berichten zu trauen ist, ebenfalls auseinandergesetzt, hat hauptsächlich jene Informationen von medizinisch geschulten Beobachtern verfolgt und ist schließlich zu der Ansicht gekommen, dass hier wirklich ein Phänomen vorliege, das einer wissenschaftlichen Erklärung bedürfe.

Wir werden weiter unten *Cannons* pathophysiologische Ansichten referieren; jetzt scheint es vordringlich, die Situation der Voodoo-Reaktion erst einmal zu betrachten.

#### *b) Die Voodoo-Situation und das Tabu*

Die älteste Literaturstelle, die wir selbst ausfindig machen konnten, war in der Beschreibung von *W. Brown* über Neuseeland und seine Eingeborenen (1845) enthalten. Einer Vielzahl von Berichten entnehmen wir folgenden:

„Bei einer anderen Gelegenheit kam mein Informant an einem tabuisierten Platz vorbei, wo er sehr schöne Pfirsiche und Kumaras (eine einheimische Frucht, A. d. V.) sah. Er konnte der Versuchung nicht widerstehen, sich einige anzueignen. Auf seinem Weg nach Hause bat ihn eine eingeborene Frau von niederem sozialen Stand um einige Früchte.

Nachdem diese sie verzehrt hatte, berichtete er ihr, von wo diese stammten. Plötzlich fiel ihr Korb zu Boden, und in Todesangst rief sie aus, dass der Attua (das Tabu) des Häuptlings, dessen Heiligtum verunreinigt worden war (durch den Diebstahl), sie töten würde. Dies geschah am Nachmittag, und am nächsten Tag um Mittag war sie tot“ (Ü. d. V.) (S.76).

Das von *Arieti* herausgegebene amerikanische Handbuch der Psychiatrie verzeichnet den Voodoo-Tod unter der Überschrift: Rare, Unclassifiable, Collective, Exotic Syndromes; weiterhin wird als Synonym der von *Roth* 1897 eingeführte Name „Thanatomania“ angegeben. Kurz und bündig wird dann ausgeführt, dass „voodoo death is known among most primitive people. The patient dies without any discernible organic cause when he becomes aware of having transgressed a taboo or when he fears having been bewitched“.<sup>11</sup>

Um das psychogene Moment dieses Todes zu verdeutlichen, muss primär der Tabu-Begriff erörtert werden: die *Encyclopedia Britannica* 1955 (12. Aufl.) gibt folgende wichtige Bestimmungen: ethymologisch ist das Wort polynesischen Ursprungs; als sein entscheidender Inhalt wurde im englischen Sprachbereich – Captain Cook hatte

---

<sup>11</sup> Voodoo-Tod ist bei den meisten primitiven Völkern bekannt. Der Betroffene stirbt ohne erkennbare organische Ursache, sobald ihm bewusst wird, ein Tabu überschritten zu haben oder verhext zu sein.

als erster den Gebrauch dieses Wortes 1771 auf Tonga (Friendly Islands) beschrieben – die Bedeutung „Forbidden“, „Prohibited“ festgehalten. Bezogen auf die primitiven Gesellschaften vereinigen sich zwei Bedeutungen im Begriff des Tabus. 1. heilig und 2. unrein (*Frazer* 1922). Darin ist die Handlungsanweisung enthalten: „negative magic“, d.h. sich von gewissen Handlungen zurückzuhalten, um unerwünschte magische Resultate zu vermeiden. Zur theoretischen Begründung sei nur soviel gesagt, dass *Freuds* bekannter Erklärungsversuch nicht so recht die Zustimmung der modernen anthropologischen Forschung gefunden hat. *Freuds* Auffassung, dass Grundlage des Tabus ein verbotenes Tun sei, zu dem eine starke Neigung im Unbewussten besteht (GW IX, S. 42), ignoriert nach Ansicht der soziologisch orientierten Forscher (*H. Webster* 1942), dass der wesentliche Charakter der Tabus darin zu sehen ist, Gehorsam vom Individuum gegenüber den gesellschaftlichen, tradierten Restriktionen zu verlangen und zu etablieren. Zwar mag ein Verständnis unbewusster Faktoren für einzelne Formen des Tabus notwendig sein, wie z.B. für das Inzest-Tabu (s. *T. Parsons* 1968), für eine umfassende Theorie wird die rein psychologische Erklärung jedoch als insuffizient zurückgewiesen. Zusammenfassend lässt sich der Standpunkt der Sozialanthropologen heute so umreißen, dass „the tabus current in any society tend to relate to objects and actions which are significant for the social order“ (*Encyclop. Brit.* 1955). Dies mag als direkte Funktion zu beobachten sein, z.B. die Tabuisierung von Königen, Häuptlingen und religiösen Objekten, oder indirekt vermittelt über Verbote, bestimmte Totemtiere zu töten und zu verzehren (s.a. *Levi-Strauss*: Das Ende des Totemismus, 1965).

Diese funktionelle Betrachtungsweise des Tabus erlaubt auch, die Sanktionen, die einer Tabu-Übertretung zu folgen pflegen, adäquat zu begreifen. Eine weitläufige deskriptive Aufzählung dieser Straftaten findet sich in der *Encyclop. Brit.* von 1911 (Stichwort Taboo, 5. sanctions), von denen an dieser Stelle nur der Voodoo-Tod interessiert.

Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass die Strafe primär eine Strafe der Gruppe gegenüber dem Gruppenmitglied ist. Das Fehlverhalten eines Einzelnen bedroht zugleich auch die Gruppe mit Sanktionen der magischen Mächte. Um die Gefahr von der Gruppe abzuwenden, wird der Übeltäter quasi exkommuniziert, in einigen Kulturen wird er sogar selbst tabu. *W. James* in den „*Principles of Psychology*“ (1905) bemerkt dazu:

„No more fiendish punishment could be devised than that one should be turned loose in society and remain absolutely unnoticed by all the members thereof.“<sup>12</sup>

Dass dem Betroffenen dabei ein bestimmtes psychosoziales „pattern of behaviour“ vorgeschrieben wird, geht auch aus dem Verhalten der Gruppe bei einem eingetretenen Todesfall hervor: „Der Tod eines Gruppenmitgliedes gefährdet die Kohäsion der Gruppe. Indem aus dem natürlichen Ereignis (als welches der Tod in primitiven Gesellschaften oft schon gar nicht mehr erlebt wird) ein soziales gemacht wird – mit Hilfe von Trauer, Begräbnis, Religion – kann die Gruppe sich neu orientieren, kann sie durch Ablenkung der zerstörerischen Impulse, die bei einem Todesfall aufzutreten pflegen – wie Todesangst u.a. Abwehrformationen – das geordnete Leben der

---

<sup>12</sup> Man könnte sich keine teuflischere Bestrafung ausdenken, als aus der Gesellschaft ausgestoßen zu werden und von allen anderen unbemerkt zu bleiben.

Gemeinschaft fortführen“ (*Malinowski* 1948). Im Falle einer Tabu-Überschreitung (bzw. einer Verhexung) nimmt die Gruppe schon vor dem physischen Tode des Betroffenen die oben beschriebene Haltung ein.

In unübertrefflicher Weise hat *Levi-Strauss* diese Aktion der Gemeinschaft und die Reaktion des Opfers beschrieben:

„Ein Individuum, das sich bewusst wird, Objekt einer Verhexung zu sein, ist aufgrund der feierlichsten Traditionen seiner Gruppe zutiefst überzeugt, dass es verdammt ist; Verwandte und Freunde teilen diese Gewissheit: man bleibt dem Verdammtten fern, man verhält sich ihm gegenüber, als sei er nicht nur bereits tot, sondern ein Gefahrenherd für die Umgebung. Bei jeder Gelegenheit und durch alle Verhaltensweisen legt die Gesellschaft dem unglücklichen Opfer den Tod nahe, das dem, was er für sein unvermeidliches Los hält, gar nicht mehr entgehen möchte. Bald übrigens zelebriert man für es die heiligen Riten, die es ins Schattenreich befördern sollen. Der Verzauberte, zunächst brutal von allen familiären Bindungen abgeschnitten, ausgeschlossen von allen Funktionen und Betätigungen, durch die das Individuum sich seiner selbst bewusst wird, dann diese aufs neue beschworenen, so übermächtigen Kräfte wiederfindend, aber nur, damit sie ihn aus der Welt der Lebenden verbannen, kapituliert nun vor dem vereinten Wirken des intensiven Terrors des plötzlichen und totalen Rückzugs der vielfältigen Bezugssysteme, die mit Einverständnis der Gruppe geliefert werden, und schließlich vor ihrer entscheidenden Abkehr, die ihn schon zu Lebzeiten als Subjekt mit Rechten und Pflichten für tot erklärt, für ein Objekt der Ängste, Riten und Verbote. Die physische Existenz setzt der Auflösung der sozialen Persönlichkeit keinen Widerstand mehr entgegen“ (1967, S. 183).

*Fuchs* (1969) hat dieses Verhalten der Gruppe eine „Soziale Todeserklärung“ genannt; wir werden sehen, dass es auch in der heutigen Gesellschaft einen solchen sozial vermittelten oder sozial bedingten Tod noch gibt.

Zu dieser Skizze der Interaktion von Gruppe und Individuum muss noch hinzugefügt werden, dass das „Gruppen-Überich“ welches die Sanktionen verhängt, in manchen Berichten vom Medizinmann repräsentiert wird. Dies kommentiert *Bilby* folgendermaßen:

„Apropos of the extraordinary command the conjurors universally exercise over the people and of the paramount psychic influence they establish in the community, it is not much to say that they hold every man's life in their hands.“<sup>13</sup> (Zit. nach *Ackerknecht* 1943)

Interessanterweise haben wir zwei Berichte auffinden können, aus denen hervorgeht, dass das Verdikt der Gruppe bzw. des Medizinmannes nicht notwendigerweise zum Tode des Betroffenen führen muss, und zwar dann, wenn es gelingt, als Gegenmittel ein stärkeres Hilfs-Ich zu etablieren, das anderen Gruppen und Wertordnung entstammt:

„Ein australischer Eingeborener, das Opfer einer Verhexung dieser Art im April 1956, wurde sterbend in das Krankenhaus von Darwin (Australien) gebracht. In eine eiserne Lunge gesteckt und durch eine Sonde ernährt, kam er langsam wieder zu Kräften, überzeugt, dass, die Magie des Weißen Mannes stärker ist“. (Vgl. *Morley* in *London Sunday Times*, 22.4.56)

N.B. Es gibt genügend Berichte, in denen verzauberte Personen in Krankenhäusern trotz aller ärztlichen Bemühungen ad exitum kamen; man möge den Heileffekt in diesem berichteten Falle also nicht den medizinischen Maßnahmen per se anlasten.

---

<sup>13</sup> In Anbetracht der außerordentlichen Befehlsgewalt, die die Zauberer gemeinhin über das Volk ausüben, und in Anbetracht des ungeheuren psychischen Einflusses, den sie in der Gemeinschaft etablieren, ist es nicht zu kühn zu behaupten, sie hielten das Leben eines jeden Mannes in ihren Händen.

*I. H. Schultz* (1965) berichtet über eine persönliche Mitteilung von dem Anthropologen Prof. *W. Behrmann*:

„*Behrmann* machte die erste Durchquerung von Neu-Guinea mit einer größeren Gruppe von Forschern verschiedenster Richtung, die zum Schutze ihrer Gesundheit von einem riesengroßen und echt schwäbisch-derbem Stabsarzt begleitet wurden. Für Trägerdienste boten sich Jungens aus Eingeborenendörfern an, die aber von ihren Medizinmännern, wenn sie einmal von Heimweh getrieben wieder in ihre Dörfer zurückkehrten, wegen Verletzung des Tabus mit dem Tode durch die Dämonen bedroht wurden. Daher trat in der Tat bei zwei derartigen Jungens nachher im Lager der Expedition ein einfaches ‚Auslöschen‘ in den Tod ein, ohne dass die ärztliche Untersuchung den geringsten Grund hierfür feststellen konnte. Als nun ein dritter Junge mit gleichen Zeichen hoffnungslos ängstlicher Erwartung in das Lager zurückkehrte, griff ihn sich der erwähnte Stabsarzt und hielt ihm eine so donnernde schwäbische Droh- und Erschütterungsrede, dass diese ‚Dämonen‘ noch stärker waren als die Geister im Dschungeldorf und der Junge am Leben blieb.“

Fragt man nach dem psychischen Mechanismus welcher die soziale Todeserklärung realisiert, so findet man übereinstimmend angegeben, dass es sich um Autosuggestion (*Ackerknecht* 1943), Autohypnose (*Arieti* 1959) handelt. Dies hebt den Voodoo-Tod deutlich von anderen diskutierten psychogenen Todesformen ab: die Betroffenen erleben bewusst ihr Schicksal, bzw. sind z.T. auch selbst Ausführende dessen, was mit ihnen zu geschehen hat. Wenn auch kein Selbstmord im engeren Sinne des Wortes vorliegt, so rückt dieses ritualisierte Sterben doch deutlich in die Nähe desselben (s.a. *Ellenberger* 1953).

Auch der psychoanalytische Erklärungsansatz sollte hier erwähnt werden, da er sich besonders mit den soziologischen Tatbeständen verträgt, nämlich der radikalen Isolierung des einzelnen Betroffenen durch einen Ausschluss aus dem bergenden Gruppenverband.

Das Angewiesensein des Einzelnen auf Mitmenschen wird ja in der psychoanalytischen Literatur folgendermaßen ontogenetisch verdeutlicht: „Die biologische Hilflosigkeit des kleinen Kindes bringt hervor, was in der psychoanalytischen Gedankenwelt so im Vordergrund steht, nämlich das Bedürfnis des Menschen nach Liebe und Geborgenheit als fundamentales Element der Selbsterhaltung.“

*Muensterberger* (1963), den wir hier zitieren, führt dann weiter aus, dass anscheinend die Vorstellung des Todes das erste frühkindliche Gewahrwerden von Trennung und Kontaktverlust zur Objektwelt wieder wachruft. „Als logische Konsequenz enthält die Trennung von dem ursprünglichen Liebesobjekt viele Elemente, die dann als Todesangst ... in Erscheinung treten“ (S. 181).

*Freud* selbst weist auf die mächtige Einwirkung der Trennungsangst hin die dann auftritt, „wenn das Ich sich in einer übergroßen realen Gefahr befindet, die es aus eigenen Kräften nicht glaubt überwinden zu können. Es sieht sich von allen schützenden Mächten verlassen und lässt sich sterben (GW XIII, S. 288).

Mit Bezugnahme auf die Voodoo-Situation schreibt dann *Muensterberger*:

„Wenn sich nicht nur das erste Liebesobjekt, sondern die ganze Welt (– und die Welt des Primitiven ist identisch mit dem Lebensraum seiner Gruppe, A. d. V.) als Mutterersatz abwendet, scheint der Mensch unfähig zu sein, mit dem Erlebnis der totalen Isolierung fertig zu werden. Ich nehme Bezug auf das Symptom der Thanatomanie. Unter gewissen Bedingungen kann die Trennungsangst so überwältigend werden, dass der Lebenswille ausgelöscht wird. Angesichts der Alternative zwischen völliger Isolierung oder dem Tod scheint der homo sapiens den letzteren zu wählen.“

Vergleicht man diese letzte Konsequenz mit derjenigen, die wir bei *Levi-Strauss* gefunden haben – „die physische Existenz setzt der Auflösung der sozialen Persönlichkeit keinen Widerstand mehr entgegen“ – so wird doch überraschend deutlich, wie sehr sich die Erklärungsmodi entgegenkommen, d.h. dies könnte wirklich als Indikator für eine Verhaltensform genommen werden, die nicht allein von einer Seinsweise (im Sinne methodisch getrennter Seinsebenen) aus adäquat zu erfassen ist.

# **Der Begriff „psychogener Tod“ in der medizinischen Literatur**

## **Teil II**

Von Horst Kächele

### **7. Der Voodoo-Tod**

#### *c) Die Vorhersage der Todeszeit*

Kommen wir noch einmal zurück zu den Mechanismen der Autosuggestion bzw. Auto-Hypnose, so werden wir von einigen Autoren nun auf das Phänomen der Vorhersage der Todeszeit verwiesen.

*Arieti* (1959) gibt ein kleines Beispiel, das trotz seiner Unexaktheit Eingang in das schon erwähnte amerikanische Handbuch der Psychiatrie gefunden hat, da es sicherlich eine Vielzahl anderer ebenso unexakt belegter, aber glaubwürdiger Vorfälle gibt:

„Arieti has heard from reliable witnesses that in the village of Pomarance in Italy an elderly man used to say that he would die when the several-centuries-old tower of the village fell down. During a storm the tower was hit by lightning and did fall. Shortly after hearing this news, that man died” (S. 559).<sup>14</sup>

*I. H. Schultz* (1965) bezieht sich auf eine persönliche Mitteilung durch einen Arzt über einen Fall von “intendiertem Sterben”:

Ein Regierungsrat aus Siam wurde in Bad Nauheim wegen einer leichten tuberkulösen Affektion der Lungenspitze behandelt – nach erfolgreicher Kur lässt dieser seine Frau und seinen Freund telegraphisch herbeirufen, erklärt, am soundsovielten April zu sterben. Das allgemeine Unglauben der behandelnden Ärzte wehrt er mit dem Hinweis ab: Sie kennen den Osten nicht. Der Gast aus Siam verlebt noch schöne Tage mit seinen Angehörigen und stirbt dann. Ein pathologischer Befund war nicht zu erheben.

Angesichts der Obskürität solcher Ereignisse ist es direkt überraschend, dass Therese von Konnersreuth sich zumindest in der Bestimmung ihres Todestages gründlich irrte.

1933 schreibt *Friedlaender* in der Münchener Medizinischen Wochenschrift:

„Theresa Neumann sagte ihren Tod für das Jahr 1935 vorher. Wir alle hoffen, dass sie sich darin irrt. Jedoch, dass ihr Leben zu der Zeit ein Ende findet, welche sie angegeben hat, ist durchaus möglich. Nicht etwa, weil sie ihre letzten physischen Kräfte verausgabt hat, sondern weil sie sich dem Gedanken an den Tod gestellt hat; so dass mit dem Verlöschen des Lebenswillens auch die Fähigkeit zu leben schwinden mag.“

Seine Hoffnung wurde erfüllt. Das stigmatisierte Mädchen von Konnersreuth überlebte ihren vorhergesagten Todestag.

---

<sup>14</sup> *Arieti* hat von verlässlichen Zeugen erfahren, dass in dem Dorf Pomarance in Italien ein älterer Mann zu sagen pflegte, er würde sterben, wenn der jahrhundertealter Dorfturm einstürzte. Während eines Sturmes wurde der Turm vom Blitz getroffen und fiel ein. Kurz nachdem der Mann diese Neuigkeit erfahren hatte, starb er.



*Menninger von Lerchenenthal* (1948), dem wir diese Beobachtung entnehmen, knüpft an diesen bedeutsamen Irrtum die richtige Überlegung, dass eigentlich nur die eingetroffenen Voraussagen in das Gedächtnis der Menschen aufgenommen werden – er nennt es die elektive Neigung der menschlichen Erinnerung für Mystizismus –, weshalb es unmöglich sei, das Verhältnis von richtigen und Fehlprognosen auch nur annähernd abzuschätzen.

*Bilz* ordnet diese Fälle von wahrgesagtem Tod direkt in die Voodoo-Ordnung ein, die er ja mehr phylogenetisch (= „paläopsychologisch“) denn als ethnologisches Verhaltensmuster begreift: „Es ist wahrscheinlich, dass auch unsere Vorfahren einmal ganz generell in der Voodoo-Ordnung lebten. Heute sind es noch einzelne Individuen, die in die tödliche Ausweglosigkeit geraten ... Auch den psychogenen Tod, der ein Selbstmord ist, ohne dass das Subjekt Hand an sich legt, gibt es vereinzelt noch:

„Es wird glaubhaft berichtet, dass eine junge Frau infolge der Prophezeiung einer Zigeunerin starb. Der psychogene Tod erfolgte, als der Termin heranrückte, den die Zigeunerin vorausgesagt hatte. Auf die Terminsetzung kam es an. Das Subjekt geriet in eine verzweifelte Situation, aus der es keinen Ausweg gab“ (1966).

Diesem Ansatz, der die „unbewältigte Vergangenheit des Menschengeschlechts“ (*Bilz*) zur Erklärung der hier vorgeführten Tatbestände fruchtbar zu machen versucht, wollen wir nun den psychologisch-psychoanalytischen Denkstil zum Vergleich entgegenhalten.

*J. Mathis* berichtet 1964 über „A Sophisticated Version of Voodoo-Death“.

Ein 53jähriger Patient, bis zu Beginn des Beschwerdebildes gesund, entwickelte im Verlauf eines halben Jahres ein schweres Asthma, das mehrmalige Hospitalisierung notwendig machte. Der Hintergrund des dramatischen Krankheitsgeschehens wurde durch starke infantile Abhängigkeit von der Mutter gebildet, die sich erstmals deutlich pathogen bemerkbar machte, als der Patient im Alter von 53 (!) zum erstenmal versuchte, eine geschäftliche Transaktion gegen die Vorstellungen der Mutter zu realisieren. Die Reaktion der Mutter darauf war: „Do this and something dire will happen to you.“<sup>15</sup> Zwei Tage später erfolgte der erste leichte Anfall des nun beginnenden Asthmas. Nachdem der Patient das Geschäft doch abgewickelt hatte, wurde er zum erstenmal mit Blaulicht im Status asthmaticus ins Krankenhaus gebracht. Die Mutter hatte erneut gedroht, dass im Übles widerfahren würde. Der Patient entwickelte eine depressive Haltung, zumal der Ausbruch des Asthmas die Prophezeiungen der Mutter zu bestätigen schien. Eine psychotherapeutische Beratung wurde eingeleitet. Nachdem dem Patienten die Beziehung zwischen seiner Mutterbindung und den asthmatischen Anfällen bewusst gemacht werden konnte, besserte sich sein Zustand – ein neuer Versuch des Patienten, selbstständig ein Geschäft abzuwickeln, wurde mit dem Psychotherapeuten durchgesprochen –, wider die Absprache teilte der Patient dieses noch am gleichen Tage seiner Mutter mit; diese machte keinen Versuche, ihm die Pläne auszureden, wiederholte aber ihre Feststellung, „regardless how he or the doctors felt, he should remember her warning and be prepared for her prediction of dire results. Give or take a few minutes Mr. X was dead within the hour.“<sup>16</sup>

Die Autopsie ergab eine Rechtsherzerweiterung, Verstopfung der Bronchiolen mit zähem Schleim, kurz ein Befund, der von *Leigh* als charakteristisch für den Tod im Status asthmaticus berichtet wird (s.o.).

---

<sup>15</sup> „Tu’s, und es wird dir etwas Furchtbares zustoßen.“

<sup>16</sup> „Gleichgültig, wie er oder die Ärzte darüber dächten, er sollte sich ihrer Warnung erinnern, und auf ihre Voraussage fürchterlicher Resultate vorbereitet sein. Innerhalb weniger Minuten war Herr X. tot.“

*Mathis* meint, dass die Todeswünsche der Mutter zumindest als Triggermechanismus für die asthmatischen Attacken angesehen werden müssen. Zum Ausdrucksgehalt der Attacken schreiben *French* und *Alexander* (1941): Erstens eine Reaktion auf die Gefahr der Trennung von der Mutter und zweitens ein Äquivalent für den unterdrückten Schrei der Angst und der Wut. Der Patient dieses Berichtes mag die Prophezeiungen als Zeichen dafür interpretiert haben, dass die Mutter endgültig verloren und eine Versöhnung unmöglich sei.

Wir haben in einem Vorgriff die Erörterung der Pathophysiologie des Voodoo-Todes hier gleich die dritte Möglichkeit vorgeführt, nämlich die Ausbildung einer psychosomatischen Krankheit. *Mathis* ist der Meinung, dass diese Reaktionsform auf Bedrohungen durch suggestive Mechanismen eher dem heutigen Menschen entspricht:

„Modern man may also succumb, albeit less directly and more slowly, than did his less sophisticated predecessors.“<sup>17</sup>

*Weissmans* Arbeit (1961) beschäftigt sich unter dem Thema “Predilection to Death” (Vorliebe, Neigung zum Tode) mit einer Gruppe chirurgischer Patienten, die ohne einen manifesten Konflikt, ohne suizidale Tendenzen, ohne ernsthafte Depression oder extremer Panik korrekterweise ihren eigenen Tod vorwegnahmen. Er trennt diese Patienten scharf von jener Gruppe vorwiegend chirurgischer Patienten, die präoperativ eine ausgesprochene Todesfurcht aufweisen, die aber mit angstreduzierenden Methoden sicher über die operativen Eingriffe hinweggebracht werden (s.b. *Hackett* und *Weissman* 1960).

Die Lebensschicksale der fünf referierten Patienten stimmen in faszinierender Weise in einem Punkte überein: durch sorgfältige psychiatrische Exploration wurde festgestellt, dass sie selbst ihr Leben als beendet ansahen, dass sie in einem gelösten, angstfreien Ton von ihrem bevorstehenden Tode sprachen. Dieser trat dann auch in der postoperativen Phase jeweils zu einem Zeitpunkt auf, in welchem vom chirurgischen Standpunkt aus keine Gefährdung mehr bestand; als Todesursache wurden durchaus relevante pathologische Befunde bei der Autopsie festgestellt. *Weissman* betont mehrmals die wichtige Unterscheidung zwischen Todesfurcht, die durchaus nicht tödlich zu sein pflegt, in der Regel auch therapeutisch erfolgreich angegangen werden kann, und dem hier beschriebenen Zustand einer „anticipation of death“ als psychogen wirkendes Moment.

„It is their attitude toward death that is remarkable, not the reality of their death. These patients are neither examples of Voodoo-death nor commonplace capitulations of demoralized, debilitated individuals ... Each patient shared the conviction that death was not only inevitable, but desirable. For each, death was appropriate, as a fact that resolved conflict.“<sup>18</sup>

Differentialdiagnostisch zu suizidalen Patienten führt *Weissman* an, dass psychodynamisch gesehen diese ja leben möchten, sich nur von dem Teil des Ich befreien wollen, der eine Last ist; für die „predilection patient“ jedoch war der Körper

---

<sup>17</sup> Auch der moderne Mensch mag (diesen Bedrohungen) erliegen, wenn auch weniger direkt und langsamer, als dies seine weniger differenzierten Vorgänger taten.

<sup>18</sup> Bemerkenswert ist ihre Haltung zum Tode, nicht die Realität ihres Todes selbst. Diese Patienten sind weder Beispiele eines Voodoo-Todes noch banale Kapitulationen demoralisierter, geschwächter Individuen... Jeder Patient hatte die Überzeugung, dass der Tod nicht nur unvermeidbar, sondern erstrebenswert war. Für jeden war der Tod angemessen als Faktum, welches Konflikte löste.

eine Last, ihre Todesphantasien enthielten alle eine Dimension der Exaltiertheit; aus der jeweiligen Situation heraus enthielt der Tod für sie ein Versprechen, eine Zukunft, wenn auch nur eine phantasierte: „Being killed is not a phantasy of retribution or hostility, but is a regressive affirmation of a relationship of some kind.“<sup>19</sup>

Als das entscheidend psychische Moment muss bei *Weissmans* These vom „appropriate death“ folgendes bezeichnet werden: das hic et nunc dieser Todesfälle war deutlich bestimmbar von der jeweiligen Lebenssituation der Patienten, der Tod enthielt eine Erfüllung unbefriedigter Phantasien. Er brachte außerdem eine für das Bewusstsein der Patienten bedeutsame Reduzierung ihrer Konflikte, war also ein persönlich sinnvoller Tod. In diesem Konzept des an der Persönlichkeit orientierten Todes ist also nicht nur die somatische Konstellation enthalten, sondern gleichermaßen die psychische Entwicklung begriffen, die sich der Krankheit bemächtigt, bzw. des Chirurgen als Exekutanten, um sich selbst zu einem Ende zu führen.

Die allgemeine Problematik dieser Situation, in der der Chirurg als Exekutant unbewusster Wünsche des Patienten eingesetzt wird, erörtert *K. Menninger* (1938) vom psychoanalytischen Standpunkt aus. Aus der Praxis sind jene Fälle wohl jedem Arzt bekannt, die in kürzeren Zeitabständen immer wieder neue Krankheiten produzieren, um unter das „wohlthätige“ Messer des Chirurgen zu kommen. In der Literatur ist dieses Verhalten als Münchhausen-Syndrom bekannt oder auch wie es *Menninger* nennt: Polysurgery. Vom psychoanalytischen Denken aus lässt sich diese oft fast suchthafte Affinität zu operativen Eingriffen folgendermaßen verstehen: ausgehend von einer Feststellung *Freuds* in „Jenseits des Lustprinzips“, welche besagt, dass eine organische Krankheit oder eine Verletzung oft traumatische Neurosen, Depressionen und Schizophrenien erleichtert, indem eine unbewältigte Quantität der Libido gebunden wird (Ges. Werke XIII, S. 33/34), lassen sich bei den betreffenden Patienten verschiedene Motivationen eruieren, die durch den operativen Eingriff eine neurotische Befriedigung erhalten.

1. Die Vermeidung, sich einem Konflikt zu stellen, der mehr gefürchtet wird als der operative Eingriff. Die spezielle Wahl einer chirurgisch relevanten Krankheit wird begünstigt durch den Umstand, dass ein starker Partner mit beigezogen wird, der die Verantwortung zu tragen hat (*Menninger* S. 265).

2. Eine erotische Motivation, welche sich gewöhnlich auf eine (Vater-) Übertragungssituation mit einem starken, dynamischen Chirurgen bezieht, der Omnipotenz, Freundlichkeit und Grausamkeit in sich vereinigt (S. 267).

3. Eine weitere unbewusste Konstellation ist der Wunsch, eine Angstreduzierung zu erfahren, indem man sich der Kastration unterwirft. Unbewusste Schuldphantasien lösen eine Todesangst aus, und so schreibt *Menninger*:

„The wish to be castrated is not, as one might assume, identical with self-destruction. In one sense it is precisely the antithesis of this, as we saw in the study of self-mutilation: it is the wish to avoid death. It is offering up the genitals as a sacrifice in place of the total personality“ (S. 272).<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Getötet zu werden, ist keine phantasierte Vergeltung oder Feindschaft, sondern eher eine regressive Bestätigung einer irgendwie gearteten Verwandtschaft.

<sup>20</sup> Der Wunsch, kastriert zu werden, ist nicht, wie man annehmen möchte, identisch mit Selbst-Zerstörung. In einem gewissen Sinne ist er genau die Antithese dazu, wie wir beim Studium der Selbst-Verstümmelung sahen: es ist der Wunsch, den Tod zu vermeiden. Die Genitalien werden als Opfer stellvertretend für die ganze Persönlichkeit angeboten.

Nicht überraschend für den Analytiker ist die Tatsache, dass manifeste Kastration bei Psychotikern recht häufig ist, während neurotisch Erkrankte gewöhnlich sich mit symbolischer, indirekter Kastration begnügen.

4. Als zusätzliches Motiv lässt sich außerdem eine Bestrafungsphantasie für aggressives Verhalten ausmachen (S. 274).

#### d) *Ethnologisch-geographische Differenzierung*

Wir müssen noch eine andere Arbeit erwähnen, die sich auch mit dem „Tod aus psychischen Ursachen bei Naturvölkern“ beschäftigt. *Ellenberger* (1951) bringt in die vielen Berichte über den Voodoo-Tod einen neuen Aspekt, indem er eine ethnologisch-geographische Unterteilung glaubt vornehmen zu können. Er unterscheidet eine afrikanische, australisch-melanesische und polynesische Form. Das klinische Bild der beiden ersteren sei das einer gewaltigen Angstentwicklung, begleitet von starken vegetativen Symptomen mit baldigem Eintritt des Todes. Die polynesische Form jedoch sei mehr als „biologischer Selbstmord“ zu klassifizieren, welches auf die Publikation von *W. H. Goldie* zurückgeht. Dieser hatte nämlich seine Beobachtungen im polynesischen Archipel unter dem Titel „Rapidly Fatal Melancholia of the South Sea Islanders“ veröffentlicht. *M. Mauss* betont dann 1926 den Unterschied zu der afrikanischen und australischen Form, differenziert auch stärker die pathogenen Ausgangssituationen als es frühere Beschreiber getan hatten. Weiterhin erwähnt *Mauss*, dass dieser Mechanismus von Tabu-Überschreitung und Sanktion auch kollektiv wirksam sein kann, indem er das tragische Schicksal des Moriori-Volkes aufgreift, welches von *Shand* beschrieben worden war:

„Die Moriori waren ein polynesischer Stamm und lebten in den Chatam-Inseln östlich von Neuseeland. Obwohl sie ursprünglich ein Zweig der Maoris und also blutsverwandt mit ihnen waren, lebten sie schon einige Jahrhunderte getrennt von ihnen. Einer ihrer Ahnen, Nanuku, hatte ihnen einst Krieg und Kannibalismus verboten. Sie besaßen keine Waffen mehr oder nur sehr wenige und konnten sich nicht verteidigen. Sie waren ein überaus friedliches und religiöses Volk. 1835 kamen Maori-Banden und nahmen die Insel ohne Widerstand ein. Sie versklavten das Moriori-Volk. Nur ein verhältnismäßig kleiner Teil wurde damals getötet, aber ein großer Teil der Bevölkerung erlag innerhalb zwei Tagen einer nicht genau identifizierten Epidemie. Die übrigen starben einfach ohne sichtbaren Anlass. Im Jahre 1835 gab es etwa 2000 Moriori, im Jahre 1855 noch 212, im Jahre 1894 nur noch 25, davon viele Mischlinge. Ein Maori sagte: ‚Es war nicht die Anzahl, die wir töteten, die sie ausrottete, sondern nachdem wir sie zu Sklaven machten, fanden wir sie eines Morgens tot in ihren Häusern. Es war das Überschreiten ihrer eigenen Tabus, das sie tötete.‘ (Weil die Maoris sie dazu zwangen, Handlungen zu begehen, die ihnen tabu waren.)“ (Zit. nach *Ellenberger*)

Das stille Sterben der Polynesier erinnert an die deutsche Metapher vom „Auslöschen des Lebenslichtes“, erinnert weiterhin an eine Form des Sterbens die *Schmidt* (1964) bei südamerikanischen Kopffägern beobachtet hat: „When he (der Kopffäger, A.d.V.) is an old man and nobody has shrunk his head, he simply lies down and refuses to drink and to eat.“<sup>21</sup>

Nun, hierbei möchte man *Barbers* Argument, dass hierbei dann Dehydratation als unmittelbare Todesursache in Erwägung zu ziehen ist, wieder aufnehmen. Doch bleibt

---

<sup>21</sup> Wenn der Kopffäger alt geworden ist und bis dahin noch niemand seinen Kopf erbeutet hat, legt er sich einfach nieder, verweigert Essen und Trinken, um zu sterben.

die Freiwilligkeit, das freiwillige Ausscheiden aus der Gruppe aus dem Bewusstsein heraus, alt genug zu sein, noch immer ein bedeutsames psychisches Moment. Bei all diesen hier diskutierten Tatsachen gilt doch, was *Mauss* schreibt: ce sont des faits ou la nature sociale rejoint très directement la nature biologique de l'homme<sup>22</sup>, so dass wir Psychologie, Soziologie und Physiologie bemühen müssen, um alle Aspekte des Geschehens zu verdeutlichen.

#### e) Paläopsychologische Interpretationen

Einen anderen Ansatz zur Deutung der Voodoo-Situation gibt *Bilz* (1966). Er nennt seine Arbeit: Der Vagus-Tod – eine anthropologische Erörterung über die Situation der Ausweglosigkeit. Er bietet, wie schon im Titel ersichtlich, eine andere pathophysiologische Endstrecke, als es die bisher erörterten Autoren taten, die sich fast durchweg der *Cannonschen* Hypothese anvertrauten. Gleichzeitig offeriert er eine andere anthropologische Ausgangssituation, die wir wiederum zuerst betrachten wollen, um dann erst die pathophysiologischen Hypothesen zu erörtern.

*Bilz* charakterisiert die Voodoo-Situation als eine Situation der Ausweglosigkeit, die er zusätzlich definitorisch einengt, indem er sie mit einer Schuldhaftigkeit des Subjekts verknüpft.

Um die Reaktionsweise des Voodoo-Subjektes zu verstehen, führt er sie auf die Grundsituation: „Subjekt in der Gewalt seiner Feinde“ zurück. Es gibt nicht die Angst schlechthin, sondern verschiedene Situationen und Szenen der Angst, in denen sich jeweils andere Reaktionsformen auf die Angst finden lassen, wie z.B. timor est clamor, timor est fuga, timor est cantus (Wer im Walde nachts singt, hat Angst).

Die Frage, welche Reaktionsform auf ein Angst-Erlebnis stattfindet, entscheidet *Bilz* mit Hilfe der Bedeutungslehre von *J. von Uexküll*. Deren Fundamentalsatz, dass die Wirkmale die Merkmale einer Situation auslöschen, wird folgendermaßen operationalisiert:

In der archaischen Ur-Situation (Subjekt bedroht) löscht die Flucht (oder ein anderes Wirkmal) die Merkmale der Bedrohung aus. Die Beziehung zwischen Subjekt und Objekt wird durch das Bedeutungsgeschehen hergestellt, so dass der Begriff „Situation“ konstituiert wird durch die Triade: Subjekt – Bedeutung – Objekt.

Um diesen biologisch orientierten Ansatz für menschliche Situationen fruchtbar zu machen, wird eine Paläo-Anthropologie entworfen:

„Alle diese Erscheinungen, der plötzliche Schrei, die Weglaufimpulse, das Deckung nehmen und auch der Stuhl drang, sind selbstregulatorische Widerfahrnisse, so dass von einer Verhaltens-Neurologie die Rede sein müsste. Aus unserer vorgeschichtlichen Wildheit datiert dieses noch in uns liegende Erbe, das für eine ganz andere, nämlich wilde Umwelt als Erlebnis und Reaktionsbereitschaft bereitliegt. Der Mensch ist seiner urtümlichen Umwelt verlustig gegangen, ..., aber er vermag seine neuropsychische Erbschaft nicht abzuweisen. Unsere Aufgabe sollte es sein, die selbstregulatorischen Mechanismen, die uns als neurotische Widerfahrnisse in unpassenden Situationen zuteil werden, ausfindig zu machen und zum Zwecke einer neuropsychologisch fundierten Anthropologie zu katalogisieren.“

---

<sup>22</sup> Dies sind Tatsachen, wo die soziale Natur sich direkt der biologischen Natur des Menschen widersetzt.

Bestimmte Merkmale der Wildheit, der Ursprünglichkeit, die sich bei Tieren aufweisen lassen, können auch noch beim Menschen wirksam werden, wie z.B. das Übersprung-Einschlafen (gemeint ist ein Übersprung-Phänomen im Sinne *Tinbergens*), das dem Totstellreflex *Kretschmers* entspricht, der Bewegungssturm, der zirkulatorische Kollaps („einer Stümmelform des Sterbens“, *Bilz*) und der Tod in der Situation der Ausweglosigkeit.

Um diese letzte Situation näher zu charakterisieren, um zu verdeutlichen, dass die Ausweglosigkeit eine subjektive ist, zitieren wir ein paar von *Bilz* gegebene Beispiele:

1. Der Heidelberger Gynäkologe *Menge* berichtete während der zwanziger Jahre in der Vorlesung, dass ein junges Mädchen untersucht werden sollte, auf dem Untersuchungsstuhl in dem Augenblick, als das Genital berührt wurde, einen Schock-Tod starb... Anstatt sich zu wehren, erwies es sich als moralisch gefesselt.
2. Die Zuordnung von Ausweglosigkeit und suizidal anmutendem Tod war den Tierfängern seit jeher bekannt: exotische Tiere, die in Netzen gefangen wurden, starben nicht selten, wenn die Tierfänger sie aus den Netzen lösen und in den bereitstehenden Transportkäfig stecken wollten.
3. Ich denke an den psychogenen Tod der kriegsgefangenen Soldaten, die die Hoffnung verloren hatten, jemals wieder in ihre Heimat zurückkehren zu dürfen. Es liegen zahlreiche Berichte vor, die besagen, dass der Gefangene von dem Zeitpunkt an, als er nicht mehr an die Entlassung glaubte, im Bedeutungserleben der Ausweglosigkeit langsam dahinstarb. (Wie z.B. der von *Hochrein* 1955 mitgeteilte Fall: *Paul* berichtet über einen Dystrophiker, der somatisch allen Anschein erweckte, den Zustand gut zu überstehen, und der voller Pläne für die Zeit nach seiner Entlassung war. In diesem Zustand erreichte den Gefangenen ein Brief seiner Frau, in dem sie um Scheidung ihrer Ehe bat, da sie einen anderen Mann liebe und von diesem ein Kind erwarte. Nach dieser Nachricht löschte der Mann in wenigen Tagen aus.)
4. Eine quasi-experimentelle Situation der Ausweglosigkeit realisierte der amerikanische Physiologe *C. Richter* (1957).

Er untersuchte systematisch das Verhalten wilder und domestizierter Ratten beim Schwimmen in einem Glaszylinder, aus dem es kein Entkommen gab. Zahme Ratten, mit der Situation vertraut, schwammen bis zu 80 Stunden; wilde Ratten, völlig ungewohnt solcher Überraschungen, ertranken nach einigen Minuten; die Schwimmzeit differierte bei beiden Gruppen je nach Wassertemperatur, der Unterschied beider Gruppen jedoch war hoch signifikant.

Das Beschneiden der Barthaare führte zu einem beschleunigten Eintritt des Todes; man könnte sagen, dass der Verlust eines für Ratten wichtigen Sinnesorganes die Situation der Ausweglosigkeit perfektionierte. *Richter* gab dann einigen Tieren, wenn sie die ersten Minuten schon überstanden hatten, die Gelegenheit, mit Hilfe eines Stocks den Glaszylinder zu verlassen. Beim zweiten Schwimmversuch hielten sich auch dann diese wilden Ratten bis zur Grenze ihrer physischen Erschöpfung über Wasser. Mit anderen Worten: „Hatte er dem Subjekt ein einziges Mal die Chance des Überlebens gegeben, so versagte der suizidale Mechanismus“ (*Bilz*). Die Situation unterschied sich von der vorhergehenden durch ein anderes Bedeutungserleben, unter einem sehr hohen Motivationsdruck hatte das Tier die Möglichkeit des Entkommens gelernt.

Man ist natürlich geneigt, das Bedeutungserleben der Tiere unter dem Begriff der Hoffnung zu sehen: „The situation of these rats scarcely seems one demanding fight of

flight – it is rather one of hopelessness“<sup>23</sup> (*Richter*), wenn auch *Bilz* hier zu Recht einwirft, dass „Hoffnung nur der Mensch haben kann“ im Sinne des Bewusst-zur-Verfügung-haben. Trotzdem arbeiten auch wir mit einem Mechanismus, der empirische Daten integriert zu einer Voraussagefähigkeit; eine Leistung, die heute schon elektronisch realisiert werden kann und erst recht notwendiger Bestandteil jedes höher entwickelten Zentralnervensystems ist.

Die Anwendung des *Bilz*schen Ansatzes auf die Voodoo-Situation ergibt folgendes: Subjekt in der Gewalt seiner Feinde als Grundformel heißt dann:

„In der Voodoo-Zivilisation ist die Gottheit das imponierende, übermächtige Wesen, dem das Subjekt in der Schuld-Angst stirbt. Man ist in den Maschen des Gesetzes gefangen. Dieses Bedeutungserlebnis wirkt genauso tödlich, als ob es wirklich Netze wären“ (*Bilz*).

### f) Pathophysiologie

Als tödlichen Mechanismus sieht *Bilz* den Vagus-Tod an, irrt allerdings in der Behauptung, dass *Cannon* es war, „der den Vagus-Tod zu dem sog. Voodoo-Tod der Eingeborenen in Beziehung setzte.“

Als *Cannon* 1942 seine Beobachtungen bzw. gesammelten Literaturkenntnisse zusammenstellte, entwickelte er anhand der beschriebenen Symptomatik die Hypothese, dass es sich um adrenerge Reaktionen des vegetativen Systems handle: Angst wie auch Wut sind von einer besonders intensiven Tätigkeit des sympathischen Nervensystems begleitet:

„If these powerful motions prevail, and the bodily forces are fully mobilized for action, and if this state of extreme perturbation continues for a considerable period, without the occurrence of action, dire results may ensue.“<sup>24</sup>

Nachdem er seine experimentellen Daten abgehandelt hat, die die Beziehung von Wut und Angst zu adrenergen Reaktionen stützen, präsentiert er seine Hypothese:

„The suggestion which I offer, therefore, is that ‚Voodoo death‘ may be real, and that it may be explained as due shocking emotional stress – to obvious or repressed terror.“<sup>25</sup>

Diese Hypothese ist insofern überprüfbar, fährt *Cannon* fort, als bei einem vermuteten Opfer folgendes festzustellen sein müsste:

„The pulse towards the end would be rapid and ‚thready‘, the skin would be cool and moist. ... The blood pressure would be low. The blood sugar would be increased. If in future, however, any observer

---

<sup>23</sup> „Die Situation dieser Ratten scheint kaum Kampf oder Flucht zu erfordern – sie ist vielmehr eine Situation der Hoffnungslosigkeit.“

<sup>24</sup> Wenn diese mächtigen Gefühle vorherrschen und der Körper ganz auf Aktion eingestellt ist, und falls dieser Zustand äußerster Anspannung für einige Zeit anhält, ohne dass eine Handlung erfolgt, dann kann das böse Folgen haben (*Cannon* 1929).

<sup>25</sup> Ich biete deshalb folgende Vermutung an, dass es den Voodoo-Tod wirklich geben mag und dass er als Folge eines schockartigen emotionalen Stresses aufzufassen ist – verursacht durch manifesten oder latenten vorhandenen Terror.

has opportunity to see an instance of 'Voodoo death', it is to be hoped that he will conduct the simpler test before the victims's last gasp."<sup>26</sup>

Nun hat *Ellenberger* festgestellt, dass *Cannon* als Grundlage seiner pathophysiologischen Überlegungen hauptsächlich afrikanische und australische Fälle benutzt hat, für welche *Ellenberger* die Deutung als adrenale „emergency reaction“ auch akzeptiert. Unbeantwortet aber scheint ihm die pathophysiologische Genese der polynesischen Form, jenem stillen Verlöschen.

*Richters* Befunde bei seinem experimentellen Ansatz waren folgende:

Verlangsamung der Herzfrequenz präterminal (mit EKG registriert) und Stillstand des Herzens in Diastole; weiterhin konnte durch Vorbehandlung mit Atropin die Zahl der überlebenden wilden Ratten erhöht werden bzw. durch Vorbehandlung zahmer Ratten mit cholinergischen Drogen (sichere subletale Dosen) trat innerhalb kurzer Schwimmzeit der Tod ein. Hieraus zieht er folgenden Schluß:

„How can these results be applied towards the understanding of the Voodoo-death response in man? Apparently the 'boned' victim, like the wild rat, is not set for fight or flight, but similarly seems resigned to his fate – his situation seems to him quite hopeless. For this reason we believe that the human victims – like our rats – may well die a parasympathetic rather than a sympathicoadrenal death.“<sup>27</sup>

*Bilz* gibt der vagalen Genese den Vorzug:

„Im Falle des angstbedingten Vagus-Todes dürfte von einer überschießenden Gegenregulation gesprochen werden, wenn man bedenkt, dass alle Angsterlebnisse des Subjekts als Notfall-Situationen im Sinne *Cannons* mit einem vom sympathicus bestimmten hyperergischen Aufwand motorischer Art verbunden sind.“

Wann die vagale Gegenregulation einsetzt, die zum exitus führt, bestimmt er nicht näher. Als unkomplizierte primäre vagale Reaktion kennzeichnet er die „Situations-Angst“, die tödlich endet.

Die dritte pathophysiologische Endstrecke wurde von *Mathis* angedeutet und ist schon weiter oben beschrieben.

## 8. Das Heimweh

Um die Situation des vom Voodoo-Zauber Betroffenen anthropologisch zu beschreiben, wurde von fast allen Autoren auf den Begriff der „Hoffnung“ bzw. der

---

<sup>26</sup> Kurz vor dem Ende müsste der Puls schnell und fädig sein, die Haut kühl und feucht, der Blutdruck wäre niedrig, der Blutzucker erhöht. Falls in Zukunft jedoch irgend jemand die Gelegenheit haben sollte, einen Fall von Voodoo-Tod zu beobachten, so ist es zu hoffen, dass er wenigstens die einfacheren Tests durchführt, bevor das Opfer den letzten Atemzug tut.

<sup>27</sup> „Wie können diese Ergebnisse verwandt werden, um die Voodoo-Reaktion des Menschen zu verstehen? Es scheint doch so zu sein, dass das verzauberte Opfer, wie die wilde Ratte, weder zu Kampf noch zu Flucht fähig ist, sondern sein Schicksal resignierend annimmt – seine Situation scheint ihm völlig hoffnungslos. Aus diesem Grund glauben wir, dass die menschlichen Opfer, wie unsere Ratten, eher einem parasympathischen denn einem sympathisch bedingten Tod erliegen.“



„Hoffnungslosigkeit“ rekuriert als universell kennzeichnendes Merkmal dieser Situation.

Wenn wir in der Geschichte der Medizin nach einer anderen Zeit suchen, in der mit dem Wort „Hoffnungslosigkeit“ ebenfalls ein Krankheitsbild charakterisiert wurde, so sehen wir uns in das 17. und 18. Jahrhundert verwiesen.

*K. Jaspers* referiert 1909 in einer Arbeit „Heimweh und Verbrechen“ die Geschichte der Nostalgie, die nach seinen Angaben mit der Dissertation eines *Joan Hofer* beginnt, die dieser 1678 in Basel vorlegt.

„Überall wird sie als schweres, oft tödliches Leiden erwähnt. Selbst *Auenbrugger*, der Entdecker der Perkussion, gibt für die Nostalgie einen besonderen Befund an. Ätiologisch gelten bei *Hofer* folgende Vorstellungen: als Sitz betrachtet er den innersten Teil des Gehirns, in dem die Lebensgeister beständig auf- und abwogen. Das Wesen der Krankheit besteht in einer gestörten Einbildungskraft, wobei die Lebensgeister nur einen Weg durch den Streifenhügel wandeln, in dem die Idee des Vaterlandes ihren Sitz hat, und so in der Seele nur diese Idee wachrufen...

Die Symptome der Nostalgie entstehen, weil die gebundenen Lebensgeister nicht mehr in die anderen Teile des Gehirns gelangen und nicht mehr deren natürliche Funktionen unterstützen können. Der Appetit wird nicht mehr wachgerufen, der Magensaft verliert an Lösungsvermögen für die Speisen, der Chymus tritt in roherem Zustand ins Blut, in dem dicklicheren Serum entstehen weniger Lebensgeister und die wenigen werden wegen der dauernden Ekstase des Geistes im Hirn aufgezehrt. Daher versiegen die Willens- und Reflexbewegungen, die Blutzirkulation wird verlangsamt, das dickere Blut verursacht den trägeren Herzschlag, dehnt die Gefäße und ruft die Angst hervor. So tritt schließlich der Tod ein.“ (Zit. nach *Jaspers*)

Der zeitgenössische Schilderer dieser zehrenden Krankheit schließt mit dem Hinweis: „Das kann alles durch die Einbildungskraft allein geschehen“. Im anschließenden 18. Jahrhundert hat die Heimwehkrankheit bzw. die Nostalgia einen festen Platz in der ärztlichen Literatur. *Haller* beschreibt sie ausführlich, *Linne* führt unter der Klasse „morbi mentales“ der Ordo „pathetici“ das genus „nostalgia“ auf. Im 19. Jahrhundert bildet sich dann eine richtige drei-Stadien-Lehre, wie sie z.B. auch von *Larrey*, dem Leibarzt Napoleons, dargestellt wird:

1. Stadium: Aufregung, gehobener Pulsschlag, regellose Bewegung, Seufzen, Verstopfung, herumziehender Schmerz.
2. Stadium: Druck- und Zwangsgefühle in allen Teilen des Körpers, Symptome von Magen-Darm-Entzündung, heftigeres Fieber.
3. Stadium: Schwäche, allgemeines Sinken der Kräfte, Traurigkeit, Abscheu vor Nahrungsmitteln und Wasser, Selbstmord oder allmähliches Erlöschen der Lebenskräfte.

Jedoch schon die deutsche Übersetzung der *Larreyschen* Arbeit: „Über Sitz und Folgen der Heimwehkrankheit“ in *Friedrichs Magazin* (1830) wird von *Amelung* mit dem kritischen Hinweis versehen, dass das Heimweh in zwei anderen Krankheiten aufgehen könnte, in Nervenfieber und Melancholia.

Drei größere Arbeiten werden trotzdem noch publiziert, die dem Heimweh als morbus per se gewidmet sind. *Schlegel* (1835) stellt ausführliche Formen des Heimwehs bei verschiedenen Völkern dar, erwähnt besonders epidemische Verläufe (wie z.B. 1745/46 in Philippeville ein ganzes Bataillon Niederbretagner erfasst wurde, von denen ein Großteil starb). *Zangerl* schreibt 1840 über das Heimweh und meint zur Pathogenese u.a. folgendes:

„Je mehr die Einbildungskraft durch ihre angestrengte Tätigkeit die Nervenkraft an sich zieht, desto mehr wird letztere antagonistisch den größeren Nervenengeflechten des Unterleibs entzogen, somit auch das ganze Geschäft der Reproduktion in Unordnung gebracht.“

*Jessen*, der 1841 den Artikel Nostalgie im Enzyklopädischen Wörterbuch der medizinischen Wissenschaften zu Berlin verfasste, meinte sogar, dass der Tod bei ausgebildeter Nostalgie die Regel sei. Außerdem will er sogar plötzliche Todesfälle durch Asphyxie beobachtet haben (bei Soldaten, die am selben Tage starben, als ihnen der Abschied verweigert wurde). Differentialdiagnostisch sehr interessant ist seine Anmerkung, dass die Nostalgie schnell und sicher töte, während die Melancholie das Leben selten gefährde. Hieraus schließt er für die Pathogenese, dass bei der Nostalgie vorwiegend Medulla oblongata und Rückenmark als Träger des instinktartigen Seelenlebens ergriffen seien, während bei der Melancholia das Gehirn als Sitz der bewussten Gemütsaktivität den locus morbi darstelle.

Mit diesen Monographien war die Blütezeit der medizinischen Literatur über das Heimweh vorbei; bei Psychiatern wie *Griesinger*, *Emminghaus et al.* (s. Lit. bei *Ackerknecht* 1957) wird die Nostalgie als eine Unterform der Melancholie abgehandelt, und heutzutage ist sie fast nur noch als Kinderkrankheit ohne eigentlichen Krankheitswert angesehen.

Es muss jedoch erwähnt werden, dass das Motiv der Trennung unter dem Einfluss psychoanalytischer Theorien erheblich an Bedeutung gewonnen hat. Dabei ist sowohl auf die Arbeiten von *Spitz* (1950) und *Bowlby* (1961) hinzuweisen, als auch eine Arbeit zu erwähnen, die die Trennung und damit verbundene Krankheitsfolgen explizite thematisiert: „Relationship of Separation and Depression to Disease“ von *A. H. Schmale* (1958); s. d. a. *Brewster* (1952).

## 9. Die Hoffnung

Bevor wir nun eine weitere Arbeit referieren, die vorzeitigen Tod mit dem Zustand der Hoffnungslosigkeit in einen Zusammenhang bringt, sollten wir den Inhalt des Begriffes Hoffnung näher betrachten.

*Plügge* (1960) bestimmt die Hoffnung als anthropologischen Sachverhalt, der einzelne konkrete Hoffnungen innerweltlicher Art transzendiert. Seine ontologische Grundlage lässt sich nach *Heidegger* in der ständigen Unabgeschlossenheit des Daseins aufzeigen. Zu diesen immer neuen Möglichkeiten verhält sich das Dasein im Erwarten. So kann *Plügge* sagen, dass jedes Hoffen ein Erwarten, wenn auch Erwarten nicht gleich Hoffen sei. Hinzu kommt bei der Hoffnung das Erhoffen einer Rettung; woraus weiterhin geschlossen werden kann, dass die Situation der Gefährdung ebenfalls als notwendige Ausgangslage zur näheren Bestimmung der Hoffnung gefordert werden muss.

Nach dieser Darstellung des Wesens der echten, transzendentalen Hoffnung, die doch auch „ein integrierender Teil der Person“ ist, kann *Plügge* die einzelnen alltäglichen Hoffnungen, die er erst als trügerisch, da leicht enttäuschbar, kennzeichnet, wieder mit der fundamentalen, echten Hoffnung verknüpfen:

„Die gemeinen Hoffnungen sind erst möglich, wo mit dem Person-Sein die echte Hoffnung überhaupt gegeben ist. Vielleicht beschreibt man den Unterschied besser, wenn man sagt: die gemeine Hoffnung wird erst ermöglicht auf dem Fundament der echten Hoffnung; aber die gemeine Hoffnung erkennt

ihr eigenes Wesen, sie gibt sich mit falscher Münze ab, indem sie ins Welthafte entgleist, sie ist das Produkt einer falschen Anwendung der rechten Hoffnung, die jedoch immer den Grundvorgang jedes Hoffens bildet“ (S. 441).

Die solchermaßen von konkreten Hoffnungen, die sich auf bestimmte Ziele richten, abgelöste anthropologische Hoffnung wird nun von *Plügge* als Maskierung einer Macht begriffen, die das Leben konstituiert, begründet, zulässt und weiterführt. Aufgebaut ist dieser Gedanke als Analogie zu seinem Ansatz, die „Erfahrung des Nichts“ als pathogenes Moment in einer Lebensgeschichte zu begreifen (1951/52). Die Parallele zu *Freuds* metapsychologischem Konzept des Todes- und Lebenstriebes wird von *Plügge* selbst gesehen, wenn er auch grundsätzlich sich von *Freud* absetzen muss, da „wir hier weder einen „Trieb“ noch überhaupt „Psychologisches“ zu erkennen vermögen“ (S. 429).

Nun erst wird verständlich, wie die Wirkung der Hoffnung auf das menschliche Leben im Rahmen dieses Denkansatzes begriffen werden muss. Hoffnung als Maskierung einer positiven Macht, die als „Wesen“ im Menschen in Erscheinung tritt, ist demnach Ausdruck des sich selbst bejahenden Lebensprozesses. Sie richtet sich logischerweise auf die Entfaltung von Leben, auf die Realisierung all der Möglichkeiten, in denen das jeweilige Leben sich erst selbst findet. Andererseits ist, wie *Jores* (1959) schreibt, gerade diese Möglichkeit zur Entfaltung aller angelegten Fähigkeiten in einem dialektischen Verhältnis zu Gesundheit und Wohlbefinden zu sehen. Nicht nur, dass Gesundheit Voraussetzung zu einer ungehinderten Entwicklung ist, sondern es erhebt sich auch die Frage, inwieweit eine behinderte Entfaltung der Persönlichkeit eine Störung des Wohlbefindens verursachen kann.

## 10. Soziologische Aspekte des psychogenen Todes

Dazu muss nun die bekannte Arbeit von *Jores* und *Puchta* (1959) über den Pensionierungstod zitiert werden.

Eine statistische Bearbeitung der Sterbedaten der Hamburger Beamtenschaft ergab, dass die Sterbezahlen für diese Gruppe signifikant über den nach der allgemeinen Sterbetafel zu erwartenden Werte lagen. Nur ehemalige Angehörige der Schulbehörde erreichten drei Jahre nach der Pensionierung einen Stand, der die allgemeine Sterbetafel unterschreitet.

Zusammenfassend für die gesamte Beamtengruppe lässt sich sagen, dass je stärker die Verbeamtung im üblichen Sinne des Wortes ist, desto deutlicher der Pensionierungstod statistisch nachweisbar ist (von den Finanz- und Zollbehörden findet sich eine abfallende Linie zu den Polizei- und Bezirksbehörden). *Stauder* (1955) erläutert näher, was unter Verbeamtung zu verstehen ist: je stärker die Identifikation mit dem Beruf, desto ausgeprägter sei u.U. das Bankrotterleben der Persönlichkeit nach der Pensionierung. Die übermäßige Identifizierung wird von ihm als Ausdruck mangelnder individueller Entwicklung angesehen, die betreffenden Personen seien nur Amtsträger und keiner Persönlichkeiten; kein Wunder, dass ihnen der Sinn ihres Lebens nach der Pensionierung allzu leicht abhanden kommt, da sie ihn bisher nur im verdinglichten Bezug zu ihrer Arbeit erlebten.

Eine gesonderte Bearbeitung der Beamten, die im Jahre 1945/46 aus politischen Gründen den Dienst verlassen mussten, ergab besonders katastrophale Ergebnisse: von 43 Beamten unter 60 Jahren waren nach 5 Jahren 32 gestorben. Eine Klärung der jeweiligen somatischen Todesursachen ließ keine Bevorzugung irgendeiner Krankheit erkennen. *Jores* schließt daraus, dass: „psychologische Faktoren vorhandene Bereitschaften zur Todeskrankheit auslösen und in Gang setzen“.

Diese von *Jores* apostrophierten psychologischen Faktoren ließen sich unschwer auf die anthropologischen Vorstellungen beziehen, die wir oben dargestellt haben. Wir können aber nicht übersehen, dass die konkreten Inhalte von Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit als sozio-kulturell bedingte anzusehen sind, wie es ebenfalls für die anthropologischen Vorstellungen anzunehmen ist.

Aus diesem Grunde halten wir das Phänomen der fatalen Wirkung der Pensionierung mit psychologischen Mitteln allein nicht für zureichend erklärt. Wie im Falle des Voodoo-Todes, der sich ja letzten Endes als ein exquisit soziales Phänomen erwies, finden wir auch beim Pensionierungstod einige Ansätze zu einer soziologisch orientierten Analyse des Geschehens.

*Fuchs* (1969) weist auf die systemimmanente Paradoxie hin, wenn einerseits die moderne fortschrittliche Gesellschaft als ein erklärtes Ziel die Verlängerung des individuellen Lebens zum Ziel ihrer Bemühungen macht – „Rente und Pension können gesehen werden als allgemeiner sozialer Versuch, den natürlichen Tod (den Alterstod, Anm. d. Verf.) zu realisieren“ –, andererseits

„die Gesellschaft in der Entlassung aus dem Arbeitsprozess gewisse Züge des Todes vorwegnimmt. Die Zäsur der Pensionierung, der Beginn des Lebens aus Rente und Pension, ist für die meisten Individuen von außen gesetzt und kann kaum umgangen werden. Diese Zäsur bedeutet eine Reduktion der von den einzelnen innegehaltenen Rollen: die wichtigste, die Berufsrolle, die ihnen Mittel zur Selbst- und Fremdeinschätzung war, zur Selbstidentifikation und Selbstverortung im Muster sozialer Schichtung, wird ihnen entzogen, oft genug gegen ihren Willen. Rentnern und Pensionären wird jede Nützlichkeit für die zentralen sozialen Aufgaben abgesprochen, die der Bestand der Gesellschaft erfordert. Die verbleibenden Rollen lassen sich aufgrund dieser Wegnahme als entleert und schattenhaft beschreiben“ (S. 193).

„Unter diesem Aspekt wäre die Entlassung aus dem Arbeitsprozess so etwas wie eine soziale Todeserklärung, eine entfernte und höchst vermittelte Fortsetzung der Übung, die Alten zu töten“ (S. 196).

*König* (1965) klagt zu Recht, dass diese Fragen bisher nur allgemein psychologisch und eventuell noch medizinisch angegangen worden seien, dass aber noch völlig die soziologische und sozialpsychologische Analyse fehle. Es gelang uns selbst nur eine einzige Arbeit ausfindig zu machen, die den hier zur Diskussion stehenden soziologischen Mechanismus zum Ziel einer empirischen Analyse macht. (Die Arbeit von *Jores* und *Puchta* trägt natürlich soziologisch relevantes Material zusammen, verzichtet dann aber auf soziologische Analyse, und arbeitet vielmehr wie schon dargestellt mit psychologischen Begriffen.)

Im Zentrum soziologischer Forschung steht, wie auch aus dem Zitat von *Fuchs* deutlich wird, der Begriff der Rolle:

„Am Schnittpunkt des einzelnen und der Gesellschaft steht der ‚homo sociologicus‘, der Mensch als Träger sozial vorgeformter Rollen... Die Soziologie bedarf der Lösung ihrer Probleme stets des Bezuges auf soziale Rollen als Elemente der Analyse; ihr Gegenstand liegt in der Entdeckung der Strukturen sozialer Rollen“ (Dahrendorf 1968).

Die von uns ausfindig gemachte Arbeit untersucht nun die Korrelation zwischen Rollenbefriedigung und Lebensdauer (*Madigan* 1962), d.h. wie steht es mit einem sog. erfüllten Leben; einem Leben, das den Erwartungen, die vom Subjekt an uns gestellt werden, nachkommt. Ohne Schwierigkeiten lässt sich dieser Begriff der „role satisfaction“ an die Sprache von *Jores* anschließen, da von vielen Soziologen die Mittlerstellung des Rollenbegriffes zwischen Psychologie und Soziologie vertreten wird:

„Für den Soziologen sind Rollen irreduzible Elemente der Analyse; der Psychologe aber betrachtet gewissermaßen ihre innere, dem Individuum zugekehrte Seite und löst sie auf“ (*Dahrendorf* 1968, S. 164).

*Madigan* untersuchte ein Kollektiv von 1247 Priestern eines römisch-katholischen Ordens während eines Zeitraumes von fünf Jahren. Die Ordensleute waren alle außerordentlichem Stress ausgesetzt sowohl hinsichtlich weltlicher Tätigkeiten als auch geistlicher Beschäftigungen; zusätzlich waren noch eine cholesterinreiche Nahrung, mangelnde körperliche Übung und Übergewichtigkeit Risikofaktoren hinsichtlich der Inzidenz kardio-vaskulärer Krankheiten.

So formulierte er seine erste Hypothese dahingehend, dass Priester dieses Ordens eine geringere Lebenserwartung haben würden als die allgemeine Bevölkerung. Das Ergebnis der Auswertung ergab jedoch, dass die untersuchte Gruppe eine signifikant höhere Lebenserwartung aufwies als die zum Vergleich herangezogene männliche Bevölkerung der USA. „The suggested explanation of the results is that the typically high degree of role satisfaction experienced by priests of the order had more than offset the curtailing effects upon length of life caused by the excessive life stresses they undergo.“<sup>28</sup>

Mit dieser Arbeit ist natürlich noch kein Beweis für die lebensverlängernde Wirkung der „role satisfaction“ geliefert, da die Arbeitshypothese des empirischen Ansatzes falsifiziert wurde. Aber sie weist deutlich die Richtung auf, in der weiter geforscht werden muss. Das soziologische Verständnis der Person, *Dahrendorfs* homo sociologicus, wird als Träger verschiedener Rollen betrachtet, die nicht unverbunden nebeneinander stehen, sondern strukturelle und funktionelle Beziehungen aufweisen. Jede einzelne Rolle, die des Ehemannes bzw. des Junggesellen, oder die des akademischen Lehrers, des Arbeiters am Fließband, kann mit positiven oder negativen Befriedigungen verknüpft sein. Aber erst die Zusammenschau aller Rollen, die Verrechnung der einzelnen Befriedigungen im Begriff der Rollen-Ökonomie ergibt das abschließende Urteil, welches uns hier im Bezug auf lebenserhaltende oder lebensverneinende Tendenzen interessiert:

„Further research may demonstrate a strong association between role satisfactions, health, and a longer life, and thus open a new chapter in medical sociology“ (*Madigan*, S. 649).<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Als Erklärung der Resultate wäre zu vermuten, dass der typischerweise hohe Grad an Rollenbefriedigung, welchen die Priester erfuhren, mehr bewirkte als nur die lebensverkürzenden Faktoren zu kompensieren, welchen die Priester ausgesetzt sind.

<sup>29</sup> Erst weitere Forschung wird wahrscheinlich eine enge Beziehung zwischen Rollen-Befriedigung, Gesundheit und einem längeren Leben aufweisen und so ein neues Kapitel der Medizin-Soziologie eröffnen.

Deshalb erscheint es uns nicht richtig, die Bewertung soziologischer Faktoren durch einfache (logische) Beiordnung anthropologischen Aussagen anzuhängen:

„Es ist aber nicht nur die Sinnhaftigkeit des Lebens sondern auch das sog. Sozialprestige, das von Bedeutung ist“ (*Jores* 1959).

Das Problem einer wissenschaftlichen Bearbeitung der anthropologischen Deutung des Todes liegt doch gerade darin, die Totalaussagen der Anthropologie aufzulösen und in einzelnen Bestandteilen operational fassbar und messbar zu machen. D.h. in diesem Falle ließe sich das Ergebnis der *Madiganschen* Arbeit dahingehend deuten, dass „high role satisfaction“ einen gewissen Teil zu dem beiträgt, was *Jores* die Sinnhaftigkeit nennt. Denn dieser „Sinn eines Daseins“ ist von sozialen Normen und Vorstellungen nicht unabhängig zu denken, da schon die Konzeption, dass das Dasein sinnvoll gestaltet und erlebt werden kann, spezifisches Merkmal unserer abendländischen Kultur ist.

### C. Schlussfolgerungen

Rekapitulieren wir zum Schluss die Ergebnisse unserer Literaturdurchsicht. Wir haben Arbeiten der medizinischen, psychologischen und soziologischen Literatur herangezogen, in denen eine Beziehung zwischen dem Tod und vorhergehenden psychischen Erlebnissen beschrieben wurde. (Dies war auch unsere heuristische Definition des Thema-Begriffes „psychogener Tod“, um nicht von vornherein auf eine bestimmte Interpretationsweise dieser Beziehung festgelegt zu sein. S.d. die Einleitung.)

Eine der häufigsten Auffassungen, die mit dem Ausdruck „psychogener Tod“ verbunden werden, war die, dass darunter jene Todesfälle zu verstehen seien, die ohne relevanten pathologisch-anatomischen Befund einhergehen. Eine konsequente Anwendung naturwissenschaftlichen Denkens ergibt jedoch, wie die zitierten pathologischen Studien von *Schleyer*, *Moritz* verdeutlichen, dass die Negativität von Obduktionsbefunden in keiner Weise verabsolutiert werden darf, dass hierin nur eine methodische Insuffizienz der Untersuchungstechnik zu sehen ist und dass drittens eine Kohärenz naturwissenschaftlichen Geschehens angenommen werden muss, die auch ohne genaue Kenntnis der auslösenden Momente das Postulat einer durchgehenden Kausalität im biologischen Bereich berechtigt erscheinen lässt.

Eine zweite Gruppe von Arbeiten, für welche das obige krude Modell einer Psyche als deus ex machina nicht weniger verwerflich erscheint, basiert auf dem experimentellen Ansatz einer „Physiologie der Affekte“ (s. d. *Deutsch* 1961/62). Psychische Vorgänge reduzieren sich auf Globalbegriffe wie Emotion, deren Verwendung in den Arbeiten nahe legt, dass im Grunde genommen die physiologischen Äquivalente als Interaktionspartner angesprochen werden. Diesen Arbeiten verdanken wir eine Reihe gut begründeter pathophysiologischer Mechanismen, durch welche sich Seelisches im Körperlichen realisiert. Entsprechend dem Stand der Forschung auf diesem Gebiet wird der Mensch als diencephales Wesen begriffen (s. d. *Rothschuh*, 1963, der zur Reichweite seelischer Einflüsse im Körper meint: nach unserer Auffassung hat das Seelische keinerlei Reichweite im Körper, da es sich um ein Innwerden bzw. Erlebnis bestimmter zentralnervöser Aktivitätsformen handelt (S. 333).

Die Insuffizienz dieser Auffassung hebt *Mitscherlich* (1967) hervor:

„Das eigentliche Problem erhebt sich jedoch erst dort, wo zur Debatte steht, wie diese ‚zentral-nervösen Zustände‘, die sich an Umweltereignisse, Sinneswahrnehmungen, Worte usw. anschließen, sich dynamisch gestalten. Und in diesem Punkte lässt *Rotschuhs* Darstellung die eigentümlichen intrapsychischen Vorgänge (also die Affektrepräsentanz der Triebe, die kritischen Denkvorgänge, die Phantasie) außer acht, die doch ein entscheidender Bestandteil unseres Seelenlebens sind“ (S. 100).

Wir können aber durch diese Arbeiten als gesichert festhalten, dass starke Affekte durchaus über verschiedene physiologische Endstrecken dem Leben ein Ende zu setzen vermögen. Wissenschaftstheoretisch betrachtet befinden wir uns damit noch immer im Bereich des Cartesianischen Modells, wenn auch die Substitution der Emotion durch Affektkorrelate, als deren bedeutendster Pionier *W.B. Cannon* genannt werden darf (*Funkenstein* 1955), einen weiten und fruchtbaren operationalen Zugang zu den Phänomenen psychosomatischer Wechselbeziehungen eröffnete. Die „Wiederkehr des verdrängten“ Problems lässt sich durch den methodischen Kunstgriff aber nicht verhindern. Auch *Thomä* (1961) verfällt bei der Diskussion der Psychogenese der Anorexie dieser Versuchung, indem er die Argumentation *Schaefer*s aufnimmt: „Gewiss wie hier ‚Psychisches‘ wirkt, ist eine grundsätzlich metaphysische Frage“ (S. 18, 1956). Dieser Autor (*Schaefer*) stellt aber fest, dass „die These von der Einheit von Leib und Seele selbst eine metaphysische These ist, wie auch umgekehrt die Umkehr dieser metaphysischen These als Metaphysik zu kennzeichnen ist, das nämlich der Mensch in Leib und Seele gespalten sei“ (S. 11).

Wir meinen deshalb, dass eine Frage nach der Wirkung des Psychischen im Körperlichen keine sinnvolle Frage mehr ist, wenn schon die Konzeption von Leib und Seele als ontologische Entitäten als metaphysisch gekennzeichnet werden kann: die begriffliche Vorentscheidung, die in der Frage schon enthalten ist, ist metaphysischer Natur, wie sollte da eine Fragestellung einen anderen als einen metaphysischen Sinn haben können.

Zur Klärung dieses ganzen Problemkreises, die wir natürlich nicht leisten können, sollen folgende Bemerkungen beitragen und uns zurück zu der Besprechung unserer referierten Arbeiten führen.

1. Eine Möglichkeit, das Cartesianische System und Denken, welches ja die Probleme erst produziert hat, aufzuheben, wird von *G. Ryle* (1949) auf sprachanalytischer Ebene versucht. In seinem Buch „*The Concept of Mind*“ versucht er darzustellen, dass als Folge des Descartes’schen Denkens falsch gedacht wurde:

„It is part of the thesis of this book that during the three centuries of the epoch of natural science the logical categories in terms of which the concepts of mental powers and operations have been co-ordinated have been wrongly selected. Descartes left as one of his main philosophical legacies a myth which continues to distort the continental geography of the subject“ (S. 8).<sup>30</sup>

2. Am Fürsichsetzen von Körper und Seele setzt auch *Helwigs* (1950) methodische Kritik an. Basierend auf der Feststellung, dass diese Verselbstständigung der Begriffe, die ontologische Hypostasierung, eine künstliche ist, wird ihm das Problem selbst zum

---

<sup>30</sup> Es ist ein Teil der These dieses Buches, dass während der (vergangenen) drei Jahrhunderte der naturwissenschaftlichen Epoche die logischen Kategorien der Konzeption von seelischen Kräften und Vorgängen falsch gewählt wurden. Als eine seiner hauptsächlichen philosophischen Erbschaften hinterließ Descartes einen Mythos, der noch immer die Beschreibung der Binnenlandschaft des Subjektes verzerrt.

Scheinproblem. Zusammengefasst führen ihn diese Überlegungen dahin, das psychosomatisches Denken folgendes heißt:

„Das Bild der Einheit des menschlichen Lebens dadurch wiederherstellen, dass die ‚Einheit der Funktionen‘ nicht mehr in körperliche und seelische auseinander fällt, sondern als fließender Übergang und mannigfaltiges Ineinandergreifen von niederen (=physischen) und höheren (= psychischen) Funktionen begriffen wird“ (S. 380).

Mit Ryle muss dazu gesagt werden, dass eben der Versuch nur e i n kategoriales System anzuwenden, ob es nun im Rahmen einer dualistischen Theorie oder monistischen vollzogen wird, jene bekannte und beklagte Verzerrung psychischen Geschehens notwendig zur Folge haben wird.

3. In einer Reihe von Arbeiten sind wir auf die Verwendung des psychodynamischen Modells psychoanalytischer Herkunft gestoßen (*Jores* und *Droste*, *Sperling*, *Thomä*, *Kronfeld*, *Muensterberger*). Fragen wir uns, wie mit diesem Interpretationsschema das hier anstehende Problem bewältigt wird, so finden wir, ohne die intradisziplinäre Psychogenie-Diskussion aufrollen zu wollen, eine Abwendung vom Psychologismus der Psychophysik. Das psychologische Verständnis richtet sich nicht mehr nur auf kausale Beziehungen zwischen psychischen Konstellationen und körperlichen Reaktionsweisen, sondern versucht ein Interpretationsmodell für das Erleben zu geben. Im Begriff des psychosomatischen Simultangeschehens (*Mitscherlich*) wird versucht, der erfahrenen Gleichzeitigkeit Ausdruck zu verleihen: „Die Träne, die wir weinen, ist für uns, wenn wir selbst weinen, Trauer und Schmerz“ (1967, S. 14). Weiterhin rückt das Verständnis des Erlebnissvorganges ins Zentrum der Fragestellung. „Spricht man von einem psychologischen Zugang zur Krankheit, so ist damit der Zugang zu den Sinnzusammenhängen gemeint, in denen Krankheit auftritt“ (*Mitscherlich*, S. 11). Damit wird gleichzeitig Erklärung und Hermeneutik geleistet, eine Tatsache, auf die *Apel* (1965) aufmerksam gemacht hat.

Damit, so scheint uns, wird deutlich, dass die psychodynamisch orientierten Arbeiten auch in unserem Falle ein Verständnis für die Beziehung zwischen psychischem Erleben und dem folgenden Tod erarbeiten konnten, das in der Erkenntnisstufe und Vollständigkeit der Beschreibung wohl jenen nur affekt-physiologisch ausgerichteten Arbeiten überlegen ist. Die von *Jores* ausgesprochene Frage nach dem Zeitpunkt des Todes, Fragen nach der Ursache starker affektiver Resonanz auf bestimmte Situationen, wie wir sie bei dem Voodoo-Tod fanden, lassen sich nur beantworten, wenn eine geeignete Methode zur Hand ist, Verhaltensweisen des Individuums auf dem Hintergrund sozio-kultureller und biographischer Umstände zu sehen (s.d. auch *R. Grinkers* Feldtheorie psychosomatischer Vorgänge, 1953).

Man wird nun eine konsequente Anwendung psychoanalytischen Denkens auf alle Verhaltensweisen des Menschen, die zum Tode führen, vermissen. Bei der Besprechung von *Kronfelds* Arbeit erwähnten wir, dass der Selbstmord vom psychodynamischen Standpunkt aus auch als „psychogener Tod“ begriffen werden kann, wenn er sich auch eines äußeren Mittels bedient. Diese strenge Unterscheidung kann tatsächlich fallen gelassen werden, denn der Unterschied reduziert sich auf unterschiedliche psychodynamische Mechanismen.

Die Begründung, dass wir den Selbstmord und andere Phänomene wie chronische Selbstvernichtung durch Drogen-Abusus etc. nicht besprochen haben, liegt darin, dass wir nicht von vornherein ein psychoanalytisches Verständnis des Ausdrucks „psycho-



gener Tod“ unterstellen wollten, so dass diese Vorkommnisse nicht in unserem Blickwinkel lagen; außerdem wurde diese Arbeit schon 1938 von *K. Menninger* geleistet.

Mit welcher theoretischen Haltung der Tod auf mögliche Beziehungen zum Erleben befragt werden kann, war unsere Absicht, die wir der Arbeit unterlegten. Heraus-kristallisiert hat sich eine Methode, die den Lebensprozess selbst zu begreifen sucht, in seinen Verwicklungen, seiner Dynamik, die auch das Umweltfeld des Menschen mit zu erfassen sucht. Die letzten Endes dafür hält, was *Martin Luther* in seiner Bibel-übersetzung so ausgedrückt hat:

*Der Tod ist der Sünde Sold.*