

IV.3. Spiritualität und mentale Gesundheit

DOI: 10.6094/UNIFR/222783

Francisco José Moya-Faz

Klaus Baumann

Einleitung

Die Psychologie ist eine Grundlagenwissenschaft, deren Forschungsgegenstand das menschliche Erleben und Verhalten auf motorischer Ebene (was eine Person tun kann), auf emotionaler Ebene (was eine Person fühlt) und auf kognitiver Ebene (was eine Person denkt) ist, zusätzlich zu anderen komplexen menschlichen Attributen oder Konstrukten, wie beispielweise das Bewusstsein, die Erfahrung, die Persönlichkeit, die Intelligenz oder der Geist. Ein weiterer Gegenstand der Psychologie ist es, zu verstehen oder zu erklären, wie geistige Aktivität sich zwischen Individuen ähnelt oder unterscheidet, und wie sich individuelle Unterschiede auf Grundlage ihres Alters, ihres Geschlechts, ihrer biologischen oder sozialen Umstände entwickeln (Fernández-Ballesteros, 2002), die sich insbesondere auf die Beziehungen zu sich selbst, zu anderen und der Welt auswirken. In der Sozialen Arbeit ist also die geistige Verfassung der Klienten (und darüber hinaus, aus einer anderen Perspektive, des Sozialarbeiters) Bestandteil des Gegenstandes der Sozialen Arbeit: die Vermeidung und Bewältigung sozialer Probleme und die Förderung der sozialen Entwicklung.

Was bis jetzt gesagt wurde, impliziert, dass die Psychologie zuerst versucht, die geistigen Aktivitäten durch vielfältige Mittel der empirischen Wahrnehmung zu beschreiben und zu hinterfragen, um dann zu versuchen, diese durch systematisierte Reflexion zu erklären oder zu verstehen (vgl. Kapitel I.3: Methodik); auf praktischer Ebene strebt die Psychologie auch an, die geistigen Funktionen auf Grundlage des erworbenen Wissens zu verbessern. Empirisch beschriebene Unterschiede weisen eine Bandbreite von Variationen mit statistischen Wahrscheinlichkeiten auf: So gesehen kann die Frage der Psychopathologie auch im Sinne der statistischen Abweichungen dessen betrachtet werden, was als „normale“ Bandbreite der Funktionen aufgefasst wird. Die American Psychiatric Association (2013) spricht deshalb vom offiziellen und normativen Kompendium der psychiatrischen Störungen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“. Gegenwärtig ist die 5. Auflage („DSM-5™“) *in Kraft*, als Ausdruck des aktuellen Forschungsprozesses und der erworbenen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu psychischen *Störungen*. Anders gesagt: Die Funktionen, die Gegenstand der Psychologie sind, sind anfällig für Pathologie oder können krank werden; sie sind somit Forschungsgegenstand der Psychopathologie auf der phänomenologischen Ebene und darüber hinaus der Psychiatrie auf der medizinischen und therapeutischen Ebene.

Spricht man über die psychische oder mentale Dimension der Person, so bedeutet dies die Berücksichtigung der neurologischen, affektiven, kognitiven, exekutiven oder metakognitiven Aspekte (welche die Art oder Qualität der sozialen Beziehungen oder der sozialen Funktionen umfassen). Hinsichtlich der affektiven Aspekte ist festzustellen, dass diese durch die geistige Verfassung, Impulse und Emotionen gebildet werden, die zu komplexeren Entwicklungen wie z.B. Selbstwertgefühl oder Empathie führen können. Kognitive Aspekte werden auch berücksichtigt: von den grundlegendsten, wie Aufmerksamkeit, Empfindung oder Gedächtnis, bis zu den entwickeltsten und den anspruchsvollsten, wie Sprache, die das Informationsmanagement ermöglicht und die zu

komplexeren Entwicklungen wie der Selbsteinschätzung oder Attributen führt; exekutiv und metapsychologisch. Die einflussreichen exekutiven Aspekte müssen bei der Planung oder Auswahl der Strategien und Regulierungen der Handlungen, welche die Selbstkontrolle oder Interaktion konditionieren würden, berücksichtigt werden. Auf der metakognitiven Ebene gibt es jene Aspekte, welche die vorherigen transzendieren und sich in der spirituellen Sphäre verordnen, wie Gedanken oder die Fähigkeit zu lieben. Denken und Lieben führen implizit die Freiheit ein, da sie die Eigenschaften sind, welche den Menschen von anderen Lebewesen unterscheiden, die auch psychische Funktionen haben.

Auf dieser Ebene fungiert die Spiritualität in Bezug auf die Lebensqualität und als Beschützerin der körperlichen und geistigen Gesundheit als psychosoziale Ressource für das emotionale Wohlbefinden; sie fördert Aspekte wie Resilienz, positive Bewältigung oder soziale Unterstützung; sie bietet Orientierungshilfen, Leitfäden oder Strategien, um das Leid der geistigen Krankheit ohne Alteration des Bewusstseins ertragen zu können (González-Celis & Gómez-Benito, 2013). Man könnte sagen, dass es sich um eine einmalige, spezifische und persönliche Transzendenzerfahrung handelt. Sie kann als persönliche Suche nach dem Sinn und Zweck des Lebens bezeichnet werden (vgl. Frankl, 1945). Von daher folgt ihre Verbindung zu Prozessen wie Bewältigung oder Resilienz im Zusammenhang mit belastenden oder problematischen Situationen, empirisch bestätigt in psychischen Erkrankungen wie: Depression, Selbstmord, Angstzuständen, Psychosen und Substanzmissbrauch (Koenig, 2009; Ronneberg et al., 2016) wie auch in körperlichen Erkrankungen (Cohen & Koenig, 2003; Rivera-Hernandez, 2016).

Spiritualität kann – wie Religionen im Allgemeinen – auch von psychischen Störungen betroffen werden und auch im negativen Sinne zu den Symptomen und dem Krankheitsverlauf beitragen (Griffith, 2010). Diese Realität war einer der Faktoren und Herausforderungen – abgesehen von den ideologischen – in der klinischen Praxis wie auch in der Entwicklung der Psychotherapien, z.B. im Rahmen von Zwangsstörungen (Baumann, 2007), welche die Forschung und die Anerkennung der religiösen und spirituellen Bedürfnisse, Praktiken und Ressourcen der Patienten im Bereich der psychischen Gesundheit marginalisierten (Baumann, 2012).

Die Themen, die in diesem Kapitel entwickelt werden, sind folgende: Probleme der Seele – des Körpers oder des Geistes – des Gehirns. Geist und Freiheit; Gesundheit und Krankheit vs. Normalität und Pathologie (*Bedingungen der psychischen Gesundheit und Lebensprojekt*); psychische Gesundheit (Schuld, Schmerz und Depression; (Angst und Angststörungen): Lebenssinn, existenzielle Leere und Hoffnungslosigkeit und ein Exkurs: *Selbstmord, ein menschlicher und enigmatischer (F)akt*; rechtliche Probleme, die sich im Krankheitsverlauf ergeben können; Spiritualität und Arbeit mit Menschen mit psychischen Problemen; der Bedarf nach spezialisierter Fortbildung.

Was Sie von diesem Kapitel bekommen können

Wissen

Sie verstehen die Person als körperliches und spirituelles Wesen.

Sie verstehen die Bedeutung der persönlichen Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung.

Sie zeigen die Wichtigkeit des Lebensprojekts für die Gesundheit der Person auf.

Sie zeigen die Wichtigkeit des Sinns des Lebens für die Gesundheit der Person auf.

Sie kennen die Auswirkung der existenziellen Leere und Hoffnungslosigkeit als Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung.

Sie können die rechtlichen Probleme darlegen, welche die psychische Erkrankung begleiten.

Sie verstehen die Bedeutung der Spiritualitätsfortbildung für die Arbeit mit Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden.

1. Leib-Seele oder Gehirn-Geist-Problem

Durch die zahlreichen Beiträge der Neurowissenschaften der letzten Jahrzehnte kam das alte Paradigma der Beziehung zwischen Seele und Leib oder (warum nicht) der Beziehung zwischen dem Geist und dem Gehirn wieder zum Vorschein.

Hirnverletzungen führen zu Veränderungen des Geistes, die Verschlechterung gewisser Hirnfunktionen wie des Gedächtnisses und des Denkens verursacht Demenzsyndrome, die zu einer progredienten Verschlechterung der kognitiven und häufig emotionalen Funktionen der betroffenen Person führen.

Andererseits verursachen besser definierte Verletzungen, beispielweise im Pápez-Kreislauf, in den Frontal- und Temporallappen des Gehirns in der Regel Amnesie und Desorientierung oder Veränderungen der Sprache wie z.B. Aphasie. Des Weiteren kann auch eine Verschlechterung der höheren Funktionen auf subkortikaler Ebene die Gemütsverfassung auf der affektiven Ebene verändern, einschließlich der Aggressivität im Bereich der Amygdala im limbischen System, das zentral mit den Emotionen in Verbindung steht.

Auf Grundlage neurologischer und endokrinologischer (hormonaler) Erkenntnisse macht die Psychopharmakologie davon Gebrauch, wie unsere Erfahrung sich mit der Einnahme gewisser psychoaktiver Substanzen, die sich auf unsere mentalen Funktionen auswirken, verändern kann. Die Affekte können durch Antidepressiva modifiziert werden, Angstzustände durch psycholeptische Wirkstoffe und Beruhigungsmittel, und das sensorisch-perzeptive System, wie auch das Bewusstsein selbst, werden durch die Einnahme halluzinogener Substanzen beeinflusst.

Basierend auf all diesen Prämissen können wir sagen, dass einerseits das psychische Leben durch die Hirnaktivität beeinflusst wird und andererseits, dass gewisse psychologische Prozesse in Bezug zu bestimmten Hirnstrukturen stehen, das heißt, dass mentale Funktionen in gewisser Hinsicht im Gehirn lokalisiert sind und verarbeitet werden.

2. Geist und Freiheit

Bis hierher wurden lediglich zwei Aspekte der Realität der Person betrachtet, die somatische und die biologische einerseits, sowie die emotionale und mentale andererseits, mit der Folgerung, dass die psychische und geistige Aktivität auf die Hirnfunktionen zurückzuführen ist. Wenn wir bestimmte Pathologien untersuchen, stellt sich die Frage, wie gewisse Aspekte unter Berücksichtigung der Reaktion des Gehirns erklärt und verstanden werden können.

Solche Aspekte sprechen mehr von jemandem als von einer Sache; sie sprechen über die Person, die es erlebt hat. Die menschliche Realität kann weder durch das biologische und zerebrale Modell noch durch das emotionale und körperliche Modell, d.h. durch das psychosomatische oder bio-psychosoziale Modell, gänzlich verstanden werden. Mit den Worten Viktor Frankls (1945, S.32): „Die leib-seelische Einheit bildet noch nicht das ganze Sein des Menschen. Ein drittes erstrangiges Element muss für die Ganzheit des Menschen hinzugefügt werden: zu ihr gehört wesentlich das Spirituelle.“

Wenn man sich mit dem Studium der menschlichen Psychologie und der menschlichen Psychopathologie befasst, muss die Spiritualität anerkannt werden. Reduzieren wir das Studium der Person auf ein wissenschaftlich biologisches Paradigma, ist die spirituelle Dimension diejenige, die meist vergessen wird. Der Geist als natürliche (psychosomatische) Gegebenheit, kann (gewissermaßen) erklärt werden, doch die die Natur transzendierende Person muss verstanden werden (Barcia, 1979). Behandelt man eine Person aus einem rein wissenschaftlichen Paradigma heraus, wird die Person abgewertet und die Realität des Menschen wird außer Acht gelassen, denn, um es mit den Worten G. Marañóns zu beschreiben: „If man is a person, his way of getting sick is personal“ (Lain, 1962, S.74). Daher müssen im Studium der Person die Probleme des Körpers, der Seele und des freien Willens genauso berücksichtigt werden wie das soziale Umfeld, wobei die psychophysische Realität beachtet werden sollte, in welcher der Geist lebt und in der die Person zur Verwirklichung der Werte und Transzendenz in ihrer ganzen Wirklichkeit aufgerufen ist.

3. Gesundheit und Krankheit vs. Normalität und Pathologie

Es ist durchaus üblich, die Begriffe Gesundheit und Normalität sowie Krankheit und Pathologie synonym zu verwenden, obwohl sie es keinesfalls sind. In der Tat sollten sie eindeutig differenziert werden.

Gesundheit und Krankheit entstehen aus dem kulturellen Kontext, d.h., sie sind keine Konzepte, die mit der Gesundheitswissenschaft in Verbindung stehen, sondern sie versuchen vielmehr entsprechend der kulturellen Konzeptualisierung eine kausale Erklärung für die Krankheit zu liefern.

Am Ende des 2. Weltkriegs wies der erste Generaldirektor der World Health Organisation (WHO), Chrisholm, auf die Tatsache hin, dass das Leid der Menschheit nicht allein auf die Tatsache reduziert werden kann, dass man nicht in der Lage ist, in Frieden mit sich selbst als eine menschliche Familie zu leben; er rief dazu auf, die Aufmerksamkeit auf die Erforschung psychologischer Probleme zu richten, die das körperliche und mentale Wohlbefinden verschlechtern könnten. Angesichts eines solchen Anliegens und seiner Bedeutung stellten die WHO-Experten 1946 Mentale Gesundheit mit Gesundheit gleich, und lieferten damals eine allgemeingültige Definition, in der Gesundheit als „state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1946) verstanden wird.

Bedingungsfaktoren geistiger Gesundheit

Mentale Gesundheit wird durch drei zentrale Dimensionen bestimmt.

Auf dem ersten Platz steht die Neurobiologie mit dem, was im Vorfeld in Bezug auf das Geist-Hirn-Problem angemerkt wurde.

Auf dem zweiten Platz steht die Persönlichkeit im Sinne der Wesensart des Einzelnen und die Variablen, die zu dieser Entwicklung beitragen. Auf diese Weise kann eine gute mentale Gesundheit gefördert werden – oder auch nicht. Innerhalb der Persönlichkeit stechen kognitiver Stil, Durchsetzungsvermögen, Optimismus, Extraversion, Zuversicht, Entscheidungsfreude, Durchhaltevermögen, Geduld oder Flexibilität hervor, die auf ein gesundes mentales Gesundheitsprofil einwirken.

Zuletzt können auch die Familie, das Soziale, die Arbeit und das kulturelle Umfeld die mentale Gesundheit beeinträchtigen, nämlich in Form von Individualismus, dem Gefühl, von der Umgebung dominiert zu werden, anstatt sich selbst unter Kontrolle zu haben, was Stress und Gefühle der Ohnmacht, Sucht, reduzierte affektive Selbstregulation, Einschränkungen und Ineffektivität der eigenen Bewältigungsmechanismen hervorrufen kann.

Psychische Gesundheit und Lebensprojekt

Von Siebeck (1957) führte das Konzept der Gesundheit als ein „Warum“ und „Wozu“ ein, da der Zweck des Lebens nicht darin besteht, gesund zu sein, sondern gesund zu sein, um zu leben und um unser Leben mit Werten zu führen, Werte im Sinne von etwas, das unserem Leben eine Bedeutung gibt und das wir für wertvoll erachten, es zu entwickeln und dafür zu arbeiten (Frankl, 1957). Manchmal wird die Verwirklichung des Lebens durch die Pathologie behindert oder verhindert. Folglich ist nicht die Krankheit das Pathologische, sondern die Einschränkung oder das Versagen des Lebens aufgrund der Pathologie. Es ist die mentale Sphäre, in der Schwierigkeiten in der Entwicklung der Persönlichkeit auftauchen können, die zu Unsicherheit und Unreife führen. Es kann auch ein Mangel im Erwerb der Werte vorhanden sein. Solch ein Mangel kann das beeinträchtigen, was eine gesunde Lebensordnung wäre und das Leben schwieriger gestalten.

Aus dieser Perspektive muss gesagt werden, dass die Person offen für die Zukunft ist und dass diese Offenheit von der Suche nach bestimmten Anerkennungen bis zum persönlichen Vermächtnis reicht, das sie in ihren Handlungen oder durch ihre Kinder hinterlässt. Diese Situation zeigt sich auch im Schmerz des Gewährwerdens, dass man nach dem Tode keine Spuren der eigenen Geschichte im Umfeld hinterlässt. Diese Offenheit gegenüber der Zukunft erfordert, wie wir bereits erwähnt haben, eine Motivation, ein Warum, ein Wozu, einen Zweck. Die Zukunft verlangt von der Vergangenheit den Grund des beschrittenen Weges und dessen, der noch beschritten werden muss, da er nichts anderes ist als der Grund (oder der Zweck) für das eigene Leben. Demzufolge formt das Warum als Grund und als Lebensmotiv die Gegenwart durch die Entwicklung eines existenziellen Projektes. Dieses Projekt liefert nicht nur ein Ziel, sondern dem eigenen Sein auch einen Sinn, indem es die biologische, psychologische, soziale und spirituelle Dimension in der ständigen Suche nach der Fülle des Lebens orchestriert – und dies immer kraft der menschlichen Freiheit, inmitten all der Umstände und des Drucks aus der Umwelt. Folglich wird die Fülle nicht immer erreicht. Die Ausarbeitung des Projektes entsteht aus den enthaltenen Werten, den entwickelten Motiven und den angehäuften Erfahrungen, die eine besondere Form der (persönlichen und sozialen) Weltanschauung, der Weltsicht und der Lebensart konditionieren – aufgrund der Interaktion stets mit einem Effekt auf die eigene (unter anderem pluralistische und säkulare) Umwelt (vgl. Kapitel III.1).

Der Erfolg dieses lebenswichtigen Projekts ist mit einer psychologischen Balance und guter sozialer Integration verbunden. Er ist keine Garantie für mentale Gesundheit, ihn jedoch

nicht zu erlangen, kann ein Risikofaktor für die mentale Gesundheit sein. Die Anpassung an die Umwelt und die Selbstaufgabe an die Lebensumstände führen zu Leere und Verlust des eigenen Sinns des Lebens. Ohne ein Lebensprojekt kann sich die Person in übertriebenen Aktivismus begeben oder zum Nichtstun verdammt sein; beide Situationen setzen die mentale Gesundheit eines Menschen einem Risiko aus, indem sie Ängste und sogar Hoffnungslosigkeit und Depression beherbergen (Cabanyes and Monge, 2010).

4. Mentale Gesundheit: Schuld, Schmerz und Depression

Die meisten Erkrankungen, insbesondere die psychischen, gehen mit Scham einher, obwohl im Hintergrund bzw. in vielen dieser Erkrankungen ein Gefühl der Schuld beobachtet werden kann.

Bestimmte Depressionen werden eher von (psychotischen) Wahnvorstellungen als von Traurigkeit oder Inhibition begleitet. Schneider (1955) wies darauf hin, dass solche Vorstellungen sich auf grundlegende oder fundamentale Anliegen des Lebens beziehen, d.h. auf ökonomische, gesundheitliche und verantwortungsbezogene Fragen. Sie rufen Wahnvorstellungen der Zerstörung, Hypochondrie und Schuld hervor. Andererseits stehen sie laut Frankl (1957) mit der essenziellen Vorstellung in Verbindung, welche die Person von ihrem Leben hat.

Affektive Störungen verursachen eine Abnahme in der (vitalen) Spannkraft, die wiederum, unter anderen Symptomen, *Unzulänglichkeitsgefühle* auslöst, die mit den Worten Frankls „die Position eines Menschen in der Welt einpflanzen“ (Frankl, 1957, S.52) und das Delirium hervorrufen.

Diese Position der Person in der Welt verursacht eine Besorgnis zwischen dem, was „ist“ und dem, was „sein sollte“, wobei dieser Raum in der Melancholie zu unvermuteten Grenzen ausgeweitet wird und in der Manie eher gehemmt wird. Diese Besorgnis erscheint als Protest und Selbstvorwürfe in Form existenzieller Schuld für die wahrgenommene vitale Veränderung. Diese Schuld ist nicht auf Pflichtgefühl und Erfüllung zurückzuführen, sondern steht vielmehr in Zusammenhang mit der Bestrafung, die aus Frustration und Verantwortungsgefühl resultiert.

Ein anderer Fall können psychosomatische Störungen sein, bei denen dieses Schuldgefühl durch unbewusste Aggressionen gegenüber den Familienmitgliedern oder anderen geliebten Menschen verursacht wird, die aufgrund der biologischen Veränderung durch Leid, Sorge und Angst kompensiert werden. Somit wird das in der Schuld enthaltene unbewusste Bedürfnis nach Bestrafung befriedigt; die daraus entstehende Erkrankung ist, zumindest partiell, eine Folge der Bestrafung für die Schuld. Die Bestrafung verursacht nicht nur Schuld(gefühle), sie ist auch der Grund für den Schmerz und das Leid, und dieser Schmerz ist zusätzlich zur Erzeugung von Vermeidungsstrategien wichtig für die Entwicklung einer antizipatorischen Funktion, welche die Entwicklung der „eigenen Welt“ beeinflusst.

5. Psychische Gesundheit: Angst und Angstzustände

Gegenwärtig haben Angstzustände und Angst mehrere Bedeutungen, obwohl sie oft zur Definition verschiedener Situationen wie Furcht oder Panik synonym verwendet werden, da sie die unmittelbar drohende Gefahr gemeinsam haben, sei sie nun gut oder schlecht begründet, und die emotionale Situation dramatisch verändern.

Im Wesentlichen ist die Angst eine überwältigende, paralyisierende und somatisierte Erfahrung mit der Wahrnehmung einer Herzbeklemmung, wohingegen der Angstzustand psychologischer Natur ist; er wird als Stresseemotion definiert und steht mit Ruhelosigkeit, Schrecken und dem Gefühl von Kurzatmigkeit in Verbindung.

Es dürfte leichter sein, den Unterschied zwischen Angst und Furcht zu erklären. Laut Kierkegaard (1844) entsteht Angst vor dem Nichts, d.h. in Bezug auf einen Affekt ohne Objekt, im Gegensatz zur Furcht, die durch etwas Bestimmtes, das mit einem Objekt verbunden ist, verursacht wird und somit eine beabsichtigte Emotion darstellt.

Auf Grundlage der Wahrnehmung von Gefahr- und Bedrohung können folgende Zustände hervorgerufen werden.

Wir würden von *Furcht* als Emotion sprechen, die durch eine bekannte und konkrete Situation oder durch ein Objekt verursacht wird:

Von *Befürchtung* auch als einer der Furcht nahen Emotion, jedoch in einer Situation, in welcher die Wahrnehmung der Gefahr nicht genau bestimmt ist, allerdings mit einem größeren Erleben von Unsicherheit einhergeht.

Von *Schrecken* als einem übertriebenen Erleben der beiden vorherigen Begriffe. Von *Ängstlichkeit* als konstanter Besorgnis ohne spezifisches Objekt, in dem individuelle Vorstellungen und Fantasien stark miteinbezogen werden.

Von *Angst* als Furcht in Abwesenheit eines bestimmten Objekts. Dies geschieht auch in Situationen, in denen die moralischen Prinzipien und Werte der Person auf dem Spiel stehen. Sowohl Ängstlichkeit als auch Angst antizipieren zukünftige, undefinierbare und unvorhersagbare nicht präsente Stimuli.

Von Panik als übertriebenem Erleben von Angst.

In diesem Sinne kann die Besorgnis der Person, sich den unterschiedlichen Alltagsaufgaben gemeinsam mit den Ablenkungen des Lebens zu widmen, mit einer vorübergehenden Furcht verbunden sein. Diese Furcht kann ein Gefühl der Angst entwickeln, wenn sie sich ihrer selbst bewusst wird, und dann vor dieser Emotion flieht hin zur Suche nach einer unauthentischen Existenz, in der sie Zuflucht in den anderen sucht und sich von den eigenen Überzeugungen abwendet, die mit Erfahrungen der Freiheit, Treue und Loyalität zu Werten verbunden sind. Sie entfernt sich so von einem mehr spirituellen Bereich. Wenn die Entscheidungen der Person dann konditioniert sind, erlöscht die existenzielle Komponente dieser Angst und wird mehr zu einer somatisierten Form und einem neurotischen Charakter.

6. Psychische Gesundheit, Sinn des Lebens, existenzielle Leere und Hoffnungslosigkeit

Sowohl Schmerz als auch Leid sind nicht nur *Pathos*, sondern auch *Logos*, d.h. der Schmerz und das Leid umfassen eine kognitive Erfahrung in der leidenden Person; sie verursachen ferner auch Erfahrungen und Haltungen in der Person, die mit der leidenden Person arbeitet, z.B. der Arzt, der Therapeut und der Sozialarbeiter.

Die Psychopathologie erforscht im Wesentlichen zwei Arten von Störungen. Einerseits Störungen einer psychotischen Natur mit dem Verlust des Realitätsbewusstseins nebst einer

reichen Symptomatologie. Andererseits die vormalig neurotisch genannten Störungen, die Störungen einer ängstlichen, affektiven und einschließlich einer persönlichkeitsbezogenen Natur umfassen, wo das Bewusstsein und die Realitätsprüfung in der Regel nicht beeinträchtigt werden. Gegenwärtig wird diese Gruppe von Störungen nicht mehr mit den Begriffen des Neurotischen und der Neurose definiert; folglich gibt es verschiedene unabhängige Störungen. Dennoch stimmt es, dass sie gewisse Merkmale gemeinsam haben. Diese Störungen stellen Abweichungen von der Normalität dar. Es kann manchmal komplex sein, die Grenze zwischen normal und pathologisch zu ziehen bzw. zu definieren, da man gesunden Personen pathologische Symptome attribuieren kann: Ein Symptom macht noch keine Pathologie oder Störung. Darüber hinaus gehören diese ehemals „neurotischen“ Störungen normalerweise zu den meist untersuchten und bestanalytisierten der psychopathologischen Disziplinen. Schließlich weisen manche Formen dieser Störungen direkt auf spirituelle Probleme in der Beziehung zwischen dem menschlichen Leid und der „Sinnlosigkeit“ im Leben hin.

In diesem Sinne bringt Frankl die Idee des „Gefühls der Sinnlosigkeit“ ein, wenn eine Person mit ihren Traditionen bricht, dabei ihre traditionellen Werte verleugnet und durch andere Werte ersetzt. Somit wird diese Person ihrer Traditionen und jener Werte beraubt, die ihr dabei helfen, zu existieren, zu handeln und zu leben und ihren Handlungen sowie ihrem Leben einen Sinn geben.

Auf diese Weise wird die mentale Gesundheit der Person beeinträchtigt und geschwächt, was sich in Niedergeschlagenheit, Apathie, Erschöpfung, Mangel an Hoffnung und einem Gefühl der Nutzlosigkeit äußert; es drückt einen Mangel an Orientierung und ein Hinterfragen des Sinns und der Gültigkeit aller lebenswichtigen Gründe aus. Darin zeigt die Schwierigkeit zu leben, wenn man erkennt, dass das Leben sinnlos ist. Alternativ dazu können Suizid und Drogen als Verhaltensweisen auftreten.

Exkurs: Suizid, ein menschlicher und enigmatischer (F)akt.

Suizide treten mit einer gewissen Häufigkeit in Verbindung mit psychischen Problemen auf, obwohl dies auch ein freiwilliger Akt sein kann, der von einer psychisch gesunden Person ausgeführt wird. Ungeachtet der Tatsache, dass es in seltenen Fällen ein Symptom anderer psychotischer Erkrankungen wie Wahnvorstellungen bei Schizophrenie sein kann, sind die Gründe für den suizidalen Akt in der Regel bei guter Gesundheit wie bei Krankheit dieselben. Bei Krankheiten wie Depressionen ist eine Bedingung, die die Suche nach dem Ende des Lebens antreibt, die Hoffnungslosigkeit – ein Merkmal, das andererseits auch bei einer psychisch gesunden Person vorkommen kann.

Das Verlangen nach Selbstverletzung ist ein ausgesprochen rätselhafter Akt, dessen Betrachtung Besorgnis auslöst, denn er weist genau auf das Innere des menschlichen Zustands hin. Er stellt den äußersten Verlust des eigenen Sinns des Lebens dar. Er ruft auch zahlreiche ethische Dilemmata hervor, wie die vermeintliche Freiheit, selbst über den Fortbestand der eigenen Existenz zu entscheiden und das daraus folgende Recht, seinem Leben ein Ende zu setzen (Cabanyes & Monge, 2010), wohingegen er andererseits die Familie, Verwandte, Freunde, Kollegen und Nachbarn, informelle und formelle Betreuer und Pflegekräfte, einschließlich der Sozialarbeiterinnen, zutiefst trifft und in Mitleidenschaft zieht.

Die Gründe für den Todeswunsch einer Person sind gemäß Barcia (2003): Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Einsamkeit und Lebensüberdruß.

Verzweiflung entsteht, wenn man versteht, dass es im Leben etwas gibt, wofür man kämpfen muss, dieses Verlangen jedoch ungeachtet aller Anstrengungen unerreichbar ist, d.h., dass es etwas Wertvolles gibt, wofür es sich lohnt, sich anzustrengen. Die Unmöglichkeit, dieses Ziel zu erreichen, macht die Vorstellung des Todes nur noch angenehmer und befreiender.

Im Gegensatz zur Verzweiflung zeigt sich *Hoffnungslosigkeit* in der Person als Abwesenheit des Werts. Nichts im Leben hat einen Wert, für den es sich lohnt, darauf zu warten oder dafür zu leben. Ein weiterer Unterschied ist, dass dies eine Eigenschaft ist, die eher bei depressiven Personen als bei gesunden anzutreffen ist. Verzweiflung ist typisch für die Gesundheit, Hoffnungslosigkeit bezieht sich indessen stärker auf eine affektive Pathologie, obwohl sie in mancher Hinsicht auch in frühem Alter, wie beispielweise in der Adoleszenz, auftreten kann, wo die Prävalenz von Suiziden in der Regel hoch ist. In dieser Hinsicht erlebt der Patient dies als Bedauern, als schwere oder unmöglich zu tragende Bürde.

Einsamkeit. Einsamkeit kann aus Gründen der persönlichen Entwicklung begehrt und erwünscht sein, ohne psychologische Schwierigkeiten oder Probleme für die Gesundheit zu bedeuten. Sie kann jedoch auch aufgezwungen werden und die Person zu stark isolieren und allein lassen. In diesen Situationen werden die schlechten Freunde gesucht, um die Einsamkeit auf ungesunde Weise zu meiden, so wie die Drogensucht, die letztendlich noch mehr Einsamkeit erzeugt und sogar den Suizid begünstigt. Das Suchtproblem, insbesondere der Alkoholismus, ist aufgrund des Bruchs des kranken Subjekts mit der Familie, Freunden oder der Arbeit eines der Hauptgründe des Suizids.

Der *Lebensüberdruß*. Er ist nicht gleichbedeutend mit der Erschöpfung, sondern vielmehr ein bewusster und freier intellektueller Ansatz der Akzeptanz eines manchmal widrigen Schicksals. Dies ist der Fall bei Seneca oder bei Sartre hinsichtlich der Absurdität des Lebens. Es handelt sich nicht um die durch das Leben verursachte Erschöpfung im Allgemeinen, sondern vielmehr um die Erschöpfung (fatigue) aufgrund des Lebens, das gelebt werden muss, d.h. das eigene konkrete Leben. Es ist nicht ausgeschlossen, dass es im Leben interessante und wertvolle Sachen gibt, die es wert sind, dafür zu kämpfen, allerdings für andere, nicht für die ermüdete Person. Diese Menschen zeichnen sich durch Apathie bzw. einen Mangel an Illusion aus; sie verzichten darauf, das zu erlangen, was wertvoll ist – trotz des möglichen Erfolgs bleibt das Leben für sie sinnlos: sie erleben und erfahren eine existenzielle Leere.

7. Rechtliche Probleme, die im Laufe der Erkrankung aufkommen können

Bei der Entwicklung der psychischen Erkrankung schwinden die kognitiven, intellektuellen Fähigkeiten, was sich letzten Endes auf die „Handlungsfähigkeit“ als Fähigkeit der Person auswirkt, ihre Rechte und ihre Pflichten, die sie als Rechtsperson hat, auszuüben.

Die Entmündigung durch die Justiz muss immer als Schutzmaßnahme betrachtet werden, da die Verschlechterung der kognitiven Funktionen dazu führen kann, dass die Patienten unumkehrbare Entscheidungen treffen.

Wenn die Fähigkeit zur Selbstregulation und das Treffen adäquater Entscheidungen als Schutzmaßnahme für sich selbst oder für das eigene Vermögen beeinträchtigt werden, ist es

notwendig, die rechtliche Entmündigung dieser Person zu beantragen, indem Personen – einschließlich der Sozialarbeiterinnen, wenn möglich – ernannt werden, die sie auf diese Weise vertreten und ihre rechtliche Handlungsfähigkeit ersetzen (Figini, 2010).

8. Spiritualität und Arbeit mit Menschen mit psychischen Problemen. Bedarf an spezialisierten Fortbildungen

Die Fachkräfte, die im Bereich der mentalen Gesundheit arbeiten, sehen sich täglich sowohl mit dem Schmerz und dem Leid der Menschen konfrontiert, die an psychischen Erkrankungen leiden, als auch mit dem der Familien. Dies kann für die Fachkräfte eine emotional ausgesprochen intensive und schockierende Erfahrung werden, auf der beruflichen Ebene wie auch auf der persönlichen (Ortega, López, 2004). Viele von ihnen verfügen nicht über die notwendige Ausbildung und/oder die spezifische Vorbereitung für solche Situationen. Aus diesem Grund muss die Fortbildung dieser Fachkräfte die Fähigkeiten miteinbeziehen, die Patienten und ihre Familien zu begleiten, ihnen all die Informationen zu liefern, die ihnen zur Verfügung stehen, ihnen bei der Entscheidungsfindung zu helfen und vor allem, ihr emotionales Wohlbefinden sowie ihre Lebensqualität sicherzustellen (Novack, 1987; Epstein et al., 1993).

Trotz der in den letzten Jahren starken Verbreitung der spirituellen Dimensionen gibt es immer noch Schwierigkeiten bei der Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen (Puchalski et al., 2011). Barbero (2008) zufolge „there is a tendency in professionals who work with mentally ill patients not to listen to the spiritual needs of most of these patients due to the difficulty in their identification and the absence of evaluation protocols“. Vermutlich besteht die größte Einschränkung im Umgang mit diesen spirituellen Bedürfnissen durch Fachkräfte für psychische Erkrankungen in der Konzeptualisierung des Begriffs Spiritualität, da er häufig mit anderen Konzepten wie religiöse Glaubensinhalte, Religiosität und religiöser Glaube, verwechselt wird (Sandoval et al., 2014).

Deshalb scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Bedeutung der Befriedigung spiritueller Bedürfnisse nicht strittig zu sein. Die WHO hat die Bedeutung sowohl der psychosozialen als auch der spirituellen Aspekte des Patienten betont (Maté, 2014). Nichtsdestotrotz braucht es weitere Bemühungen, um mehr zu verstehen, wie alle Klinikmitarbeiterinnen in ihren unterschiedlichen Bereichen diese Funktion leisten können, insbesondere Ärztinnen, Krankenschwestern und -pfleger, Psychologinnen, Psychiaterinnen und Seelsorgerinnen (Rivera-Ledesma, Montero-López, 2007).

Spiritual Care wird als essenzielle Komponente der Qualität in der mentalen Gesundheit anerkannt (Powel et al., 2015). In den Berufen, die sich mit der mentalen Gesundheit befassen, ist ein Interesse an formeller spiritueller Fortbildung vorhanden. Lehnanstalten für Osteopathie, Medizin, Pflege, Sozialarbeiterinnen, Psychoonkologinnen u.a. integrieren die Spiritualität in ihre Ausbildungsprogramme (Puchalski et al., 2011). Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie muss noch mehr unternommen werden, wie die empirische Forschung unter Patienten und Fachkräften belegt (Baumann, Reiser & Lee, 2021).

Es ist wichtig, *spirituelle Bedürfnisse* nicht allein als unbefriedigtes Defizit oder Mangel zu verstehen. Laut Barbero, Gomis und Benito (2008) beziehen sie sich auch auf „those potentialities that are not yet sufficiently developed or those expectations that are not sufficiently covered, but are desired, in the spiritual realm“. Für diese Autoren wäre diese Sichtweise der spirituellen Bedürfnisse der Schlüssel, um die spirituelle Realität des

psychisch Kranken als Potenzial der Möglichkeiten zu betrachten, statt nur als der Bedrohung.

Zusehends wird das Bedürfnis hervorgehoben, eine spirituelle Anamnese des Patienten zu erstellen, in der die erforderlichen Informationen in Bezug auf die spirituellen Aspekte des Lebens des Patienten bereitgestellt werden und, wenn nötig, als Quelle der Bewältigung integriert werden können. In diesem Zusammenhang erscheinen unterschiedliche Formate der spirituellen Anamnese, die verwendet werden können: vier Fragen werden nahegelegt, sodass Ärztinnen oder andere formelle Pflegekräfte die Wichtigkeit des Glaubens für den jeweiligen Patienten einschätzen können, sowohl in Bezug auf seine Krankheit, als auch auf andere Aspekte in seinem Leben, wie das Vorhandensein anderer Menschen, mit denen der Patient religiöse Themen besprechen kann und das Interesse des Patienten an der Erörterung dieser Bedürfnisse. Zur Einschätzung der spirituellen Bedürfnisse sind unterschiedliche Fragebögen vorgeschlagen worden, die vier Bereiche untersuchen: 1. die Ressourcen der Hoffnung, der Bedeutung, des Trostes, der Stärke, des Friedens, der Liebe und der Verbundenheit; 2. (Institutionalisierte) Religion; 3. Persönliche Spiritualität und Praktiken und 4. Auswirkungen auf die medizinische Versorgung und Aspekte hinsichtlich des Lebensendes (Rivera-Ledesma, Montero-López, 2007; vgl. auch dazu Büssing, 2021).

Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel hat sich mit den wesentlichen Aspekten der Spiritualität des Menschen befasst: dem Lebensprojekt, dem Sinn des Lebens, den Werten, der existenziellen Leere, der Hoffnungslosigkeit, dem Schmerz und dem menschlichen Leid... alle aus christlicher Perspektive und aus einer Perspektive auf Psychopathologie analysiert, um die Behandlung der von einer psychischen Krankheit betroffenen Person zu erleichtern und zu lenken.

Es scheint anachronistisch, sich um die spirituelle Orientierung des Menschen, insbesondere desjenigen, der psychisch krank erscheint, zu sorgen und sich darüber Gedanken zu machen. Dies ist heutzutage nicht in Mode oder in der Gesellschaft bzw. in der wissenschaftlichen Gemeinschaft anscheinend nicht von Interesse oder Bedeutung. Aus diesem Grund muss die Bedeutung dieser Dimension, die so sehr das normale und maladaptive menschliche Verhalten formt, mehr denn je thematisiert werden.

Der Mensch ist eine freie und spirituelle Person, was ihn seine menschliche Natur transzendieren lässt. Aus biblischer Perspektive wurde der Mensch als Bild und Gleichnis Gottes geschaffen und als Mittelpunkt und Höhepunkt in die Schöpfung gestellt. Der Mensch ist in der Lage, sich selbst zu (er)kennen, zu besitzen und sich selbst frei hinzugeben, indem er in die Gemeinschaft mit anderen Menschen eintritt. Die Fehlfunktionen des Gehirns erklären nicht immer vollständig die Psychopathologie, sodass so weit wie möglich zwischen zwei Binomen unterschieden werden muss: Gesundheit-Erkrankung vs. Normalität-Pathologie, wobei das Konzept der Erkrankung aus gesellschaftlicher Sicht weiter gefasst ist (Werte, Rechte, Pflichten ...und sie bedroht den Patienten) als die Pathologie selbst, die ausschließlich der Gesundheitsforschung zuzuordnen ist. Deshalb wäre es erforderlich, den psychisch Kranken als Menschen anstatt als Kranken zu studieren, zu begleiten und zu unterstützen, d.h. den kranken Menschen anhand der Prinzipien und Schemata zu (er)kennen, die für das Verständnis eines gesunden Menschen genutzt werden, da der kranke Mensch von denselben Problemen betroffen ist, die auch den gesunden Menschen betreffen. Im Bereich des Gesundheitswesens erscheinen die wesentlichen Probleme jedes Menschen: Werte, Schmerz, Leid, Tod.... Krank und gesund sind zwei

unterschiedliche Aspekte, die jedoch im Sinne ihrer Verfassung gleich sind. Manchmal fungiert die Krankheit als Vergrößerungsglas, das eine außergewöhnliche Betrachtung der Aspekte der menschlichen Existenz ermöglicht.

Daher ist es notwendig, das persönliche Erleben der Krankheit, die Rolle des Sinns des Lebens, den man gefunden hat und das Lebensprojekt, das man verfolgt, zu definieren, da sie in gewisser Weise die Art, wie die Krankheit wahrgenommen wird, skizzieren und bis zu einem gewissen Maße sogar die Gesundheit der Person vor den Angriffen der Krankheit schützen. So lässt sich vermeiden, in den entgegengesetzten Pol zu fallen, in die existenzielle Leere und Verzweiflung, welche psychische oder psychosomatische Krankheiten auslösen und verschlechtern können. Auf jeden Fall haben Menschen, die von irgendeiner psychischen Krankheit betroffen sind, das Recht auf all die oben erwähnten Punkte. Es ist unumgänglich, diesbezüglich Gesetze zu erlassen und die Gesetzgebung zu kennen, um die an einer psychischen Erkrankung leidende Person zu schützen.

Heutzutage ist eine Offenheit notwendig und wichtig dafür, die spirituellen Aspekte des Menschen, ihre Rolle im normalen und maladaptiven menschlichen Verhalten und ihren Einfluss auf Ursprung und Entwicklung psychischer Erkrankungen zu kennen und mit Priorität zu behandeln.

Fragen zur Selbstreflexion

Die folgenden Fragen können Ihnen dabei helfen, die Inhalte dieses Kapitel persönlich zu reflektieren. Sie können auch für Gruppenaktivitäten und Ausbildungen in der Sozialen Arbeit zu diesem Thema verwendet werden.

- (Wie) sind Geist und Körper miteinander verbunden?
- Begehen nur Menschen mit psychischen Erkrankungen Selbstmord?
- Was ist in der mentalen Gesundheit normal und was pathologisch?
- Wie würden Sie die potenziellen Rollen der persönlichen Bedeutung und des Lebensprojekts, der existenziellen Leere und der Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die psychische Gesundheit erklären?
- Wie steht es um den rechtlichen Schutz einer psychisch kranken Person?

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5TM*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Barcia, D. (1979). *Necesidad de una medicina antropológica*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Barcia, D. (2003). Dolor, ansiedad y desesperanza. In D. Barcia. *Psiquiatría y humanismo* (pp.309-391). Murcia: Quaderna Editorial.

- Barbero, J. (2008) Psicólogos en Cuidados Paliativos: La sinrazón de un olvido. *Psicooncología*, 5,179-91.
- Baumann, K. (2007). Zwangsstörungen und Religion aus heutiger Sicht (Obsessive-compulsive disorders and religion from a contemporary perspective). *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 75, 587-592.
- Baumann, K. (2012). Remarks on Religions and Psychiatry/ Psychotherapies. In R. Hefti, J. Bee, (Eds). *Spiritualität und Gesundheit. Spirituality and Health. Ausgewählte Beiträge im Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis. Selected Contributions on Conflicting Priorities in Research and Practice* (pp.99-118). Bern: Peter Lang.
- Baumann, K., Reiser, F., Lee, E. (2021) Ch. 17. Spiritual Needs in Psychiatry and Psychotherapy. In: Arndt Büssing (Ed.) *Spiritual Needs in Research and Practice. The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care*. Palgrave Macmillan.
- Bayés, R. (1998). Psicología del Sufrimiento y de la Muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 5-17.
- Benito, E., Dones, M., Barbero, J. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 13(2-3), 367-384. <https://doi/10.5209/PSIC.54442>
- Büsing, A. (Ed.) (2021). *Spiritual Needs in Research and Practice. The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care*. Palgrave Macmillan.
- Cabanyes, J., Monge, M. A. (2010). *La salud mental y sus cuidados*. Navarra: Universidad de Navarra. EUNSA
- Cohen, A., Koenig, H. (2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*, 28(3), 215-241.
- Epstein, R. M., Cambell, T. L., Cohen Cole, S. A., McWhinney, I. R., Smilkstein, G. (1993). Perspectives on patient-doctor communication. *The Journal of Family Practice*, 37, 377-388.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002): *Envejecer bien*. Madrid: Pirámide.
- Figini, H. A. (2010). Ethical issues in the management with dementia patients. Neurología Argentina. 2(2), 96-101
- Frankl, V. E. (1945). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl., V. E. (1957). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- González-Celis, A., Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, 15(12A), 110-116. <https://doi.org/10.4236/health.2013.512A015>
- Griffith, J. L. (2010): *Religion That Heals, Religion That Harms*. New York: The Guilford Press.
- Kierkegaard, S. (2013) [1844]. *El concepto de la angustia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-91. <https://doi/10.1177/070674370905400502>
- Laín, P. (1962). *Marañón y el enfermo*. Madrid: Revista Occidente.

- Maté, J. (2014). Sufrimiento en el paciente oncológico al final de la vida. *Psicooncología*, 11(2-3), 419-420.
- Novack, D. H. (1987). Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine*, 2, 346-55.
- Ortega, C. López, F. (2004). El burnout o síndrome de “estar quemado” en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Powell, L. H., Shahabi, L., Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *The American Psychologist*, 58(1), 36–52. <https://doi/10.1037/0003-066X.58.1.36>
- Puchalsky, C., Ferrellb, B., Viranib, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bulla, J., Chochinov, H., Handzod, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paulf, M., Pugliese K. and Sulmasy, D. (2011). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Medicina Paliativa*, 18(1), 55–78.
- Rivera-Hernandez, M. (2016) Religiosity, social support and care associated with health in older Mexicans with diabetes. *Journal of religion and health*, 55(4), 1394-1410.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López, M. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 23(1), 125-136.
- Ronneberg, C.R., Miller, E.A., Dugan, E., Porell, F.W. (2016). The Protective Effects of Religiosity on Depression: A 2-Year Prospective Study. *The Gerontologist*, 56(3), 421–431,
- Sandoval, P., Rangel N. E., Allende, S. R. y Ascencio L. (2014). Concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos: Un estudio descriptivo. *Psicooncología*. 11(2-3), 333-344. https://doi/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47392
- Schneider, K. (1955). *Psicopatología clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Vallés, P., García, I. (2013). Formación básica en cuidados paliativos. Estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Medicina Paliativa*. 20(3), 111-114.
- Vaquero, J. A., Centeno, C. (2013). Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española. *Medicina Paliativa*. 21(1), 3-8. <https://doi/10.1016/j.medipa.2013.01.003>
- World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. Official Records of the World Health Organization, 2, p. 100, and entered into force on 7 April, 1948. Genève, Switzerland: Author.
- Zalon, M. L. (1995). Pain management instruction in nursing curricula. *Journal of Nursing Education*, 34, 2622-2627.