

„Wer schreibt es vor, dass wir das Leben so leben müssen, wie es ist. Ich denke, dass jeder gut leben soll und keiner leiden darf... auch wenn man sich das Leben selbst nehmen muss..“ (Zitat eines deutschen Interviewten).

3. ARBEITSHYPOTHESEN

3.1 *Hypothesenaufstellung*

Die gravierenden Unterschiede in der tatsächlichen Suizidhäufigkeit zwischen Deutschland und Israel korrespondieren vermutlich mit kulturspezifischen Unterschieden in den allgemeinen Einstellungen zum Suizid. Dabei wird von einem *kulturabhängigen Grundverständnis* für die Suizidhandlung ausgegangen. Aus dieser Grundannahme gehen die folgenden Arbeitshypothesen hervor:

H 1 Unterschiede in den Einstellungen zum Suizid

a) Vermutlich lehnen israelische Probanden (unter den politisch bedingten Lebensumständen) den Suizid aus nationalen (ideologischen) und religiösen Gründen mehr ab, als deutsche Probanden dies tun.

b) Die bedrohte und angespannte Lebensrealität in Israel könnte zu Veränderungen in den allgemeinen Einstellungen zum Leben und Tod führen. Demzufolge könnten israelische Probanden eine höhere Wertschätzung des Lebens und die daraus resultierende ausgeprägtere Ächtung des Suizids als deutsche Probanden beschreiben. Darüber hinaus sind Unterschiede in der kognitiven Gewichtung ²¹⁾ psychischer Krisen bei deutschen und israelischen Probanden denkbar. Demnach könnten

persönliche Belastungen (Kränkungen narzisstischer Art, Stressbewältigung am Arbeitsplatz) in der bedrohten Alltagsrealität in Israel an Bedeutung verlieren. Mögliche existenzielle Selbsterhaltungsgedanken, eine Konfrontation mit Lebensverlust oder wahrgenommene Todesangst könnten psychische Krisen relativieren und unterdrücken.

H 2 Unterschiede in den sozialen Einstellungen

Unterschiede in den allgemeinen Einstellungen zum Suizid spiegeln sich vermutlich auch in Unterschieden in den Einstellungen zu sozialen und familiären Strukturen. Demnach könnten deutsche und israelische Probanden auch verschiedene Wertvorstellungen von sozialen und familiären Strukturen äußern, die sowohl mit den allgemeinen Einstellungen zum Suizid (kognitive Ebene) als auch mit der tatsächlichen Handlungsausführung (Verhaltensebene) im Zusammenhang stehen.

3.2 Theoretische Fundierung

(H 1) Allgemeine Einstellungen zum Suizid:

Im letzten Kapitel wurden der *Einstellungsbegriff* und die allgemeinen Einstellungen zum Suizid abgehandelt. Im Folgenden möchte ich auf die kulturell-historischen Komponenten der Einstellungen zur Suizidalität etwas näher eingehen.

Der Begriff der *Kultur* wird von den meisten Autoren als Komplex ethnologischer, biologischer und sozialpsychologischer Faktoren betrachtet. *Kultur* wird als „die Seele einer Gesellschaft oder eines Volkes“ bezeichnet, in der sich

die Erziehung bzw. die Bildung der individuellen Persönlichkeit vollzieht (MARKOVA, 1983). *Die Sprache* gilt als das wichtigste Medium, durch das eine kulturelle Gemeinschaft durch andere Konstrukte wie Normen, Mythen oder Sitten ihre Mitglieder formt.

Andere Autoren verstehen den Kulturbegriff als Gesamtstruktur bzw. Makrosystem, dem ähnliche Überzeugungssysteme und Weltanschauungen (Normen- und Wertsysteme) zugrunde liegen. Die Gesamtkultur oder Subkultur bezieht sich auf Übereinstimmungen in Systemen niedriger Ordnung wie Familien, Schulklassen usw. (BRONFENBRENNER, 1979).

Auf die Entwicklung von allgemeinen Einstellungen (u. a. zum Suizid) haben kulturelle Einflüsse eine interessante Wirkung. Sie führen zu einer konsensualen Validierung bzw. zu einer Übereinstimmung von Sicht- und Wahrnehmungsweisen gegenüber dem Einstellungsobjekt (NATSOUHAS, 1978). Mitglieder einer kulturellen Gesellschaft neigen dazu, sich auf eine gemeinsame Sicht der Wirklichkeit zu einigen, besonders, was die Bedeutung von Gegenständen und Ereignissen anbelangt, die wichtig für das Überleben sind. Die Ähnlichkeiten sind am größten für diejenigen, die einen gemeinsamen kulturellen Erfahrungshintergrund haben. (vgl. NATSOULAS, 1978). Umfassende kulturelle Einflüsse bestimmen grundlegende anerkannte soziale Kategorien, die Normen für unterschiedliche Objekte bzw. Werte (Furcht, Schönheit, Angemessenheit, Unannehmbarkeit sowie Leben und Tod) setzen. Sozial erlernte Einstellungen können als Normen wirken, ohne dass dieser kulturelle Einfluss bewusst wird (DEREGOWSKI, 1980).

Nach ZIMBARDO (1992) ergänzt die Kultur die „biologischen Erfahrungen“, die im Laufe der Lebensspanne eines Individuums auftreten.

Kulturelle Normen bestimmen im Zusammenwirken mit den *persönlichen Normen* die Ideale, sozial anerkannte Verhaltensweisen und Einstellungen (vgl. SCHWARTZ, 1977).

Persönlichkeit und Kultur gelten als zwei dynamisch voneinander abhängige Systeme, deren wechselseitiges Verhältnis von der klinischen (Psychiatrie, klinische Psychologie) und anthropologischen oder soziologischen Ausrichtung unterschiedlich interpretiert wird. SHWEDER (1991), Vertreter der *kulturellen Psychologie*, postuliert, dass kulturelle Traditionen und soziale Praktiken die menschliche Seele dergestalt beeinflussen, dass daraus ethnisch bedingte Persönlichkeitsausprägungen resultieren.

WULFF (1972) postuliert, dass die heutigen psychopathologischen Begriffe und Phänomene das Verhalten und Erleben nur kulturspezifisch beschreiben können. *„Wo nicht nur andersartige Inhalte, sondern auch Formen und Strukturen des Erlebens und Denkens vorliegen, lässt sich mit psychopathologischen Begriffen wenig anfangen, die als Abwandlungen unserer eigenen, kulturspezifischen Denk- und Erlebnisstrukturen formuliert worden sind* (WULFF, 1972, S. 37).

Vor allem sind die *kulturpsychologischen Einflussfaktoren für das suizidale Verhalten* von einer großen Bedeutung. Kaum ein anderes Phänomen der menschlichen Natur wurde so häufig und unterschiedlich gewertet und verurteilt, wie die Suizidalität. Bereits GOETHE (etwa 1811/12) vertrat die Ansicht, dass das Phänomen des Suizids immer wieder neu verhandelt werden müsste, weil die herrschenden Meinungen und Gesinnungen sich in jeder Zeitepoche auf die vielfältigste Weise verzweigen.

Verschiedene Kulturen zeigen auch heute ein unterschiedliches Grundverständnis und damit eine unterschiedliche Akzeptanz für suizidales Verhalten. In der Suizidforschung wird von *allgemeinen Einstellungen zum Suizid* gesprochen. Diese korrespondieren mit den allgemeinen Einstellungen zum Leben und Tod sowie mit religiösen Einstellungen.

In der Erforschung kultureller Einflussfaktoren auf die Suizidalität wurden insbesondere die *religiös-traditionellen Komponenten* hervorgehoben.

Die jüdische Religion gilt als *die toleranteste* gegenüber suizidalem Verhalten (SCHOBEL, 1981; MINEAR & BRUSH, 1980). Die Suizidalität wird weder vom alten noch vom neuen Testament ausdrücklich verboten, jedoch geächtet. Der jüdische Talmud erklärt die Suizidalität als eine der drei schwer-wiegendsten Sünden des Judentums, zusammen mit dem Übertritt in eine fremde Religion und mit dem Beischlaf unter Familienangehörigen. Nach jüdischer Tradition wird die Suizidhandlung abgelehnt, weil das Leben heilig sei und nicht vom Individuum selbst beendet werden dürfe. Dennoch wird Suizid vom Judentum unter gesonderten Bedingungen akzeptiert und legitimiert.

In jüdischer Tradition wird unterschieden zwischen „*Selbstopferung*“ und *Selbsttötung* bzw. Suizid. Der Begriff der *Selbstopferung* deutet auf eine *funktionale bzw. instrumentalisierte Suizidalität*, die zu einem traditionellen oder spirituellen (nicht individualistischen) Zweck dient. Dabei handelt es sich um „*Rettung*“ der Ehre Gottes oder die Selbsterhaltung jüdischer Identität. *Der Mythos der Selbstopferung* stammt aus dem alten Testament bzw. aus der „*Akedah von Abraham*“. Der Glaube Abrahams wurde vor Gott durch die Opferung bzw. Tötung seines einzigen Sohnes Isaak unter Beweis gestellt. Als Abraham das Messer in der Hand hielt, wurde er von Gott abgehalten und für seine Loyalität gelobt. Der Mythos der „*Akedah*“ bzw. *Selbstopferung* zum religiösen Zweck hat das kulturelle und spirituelle Leben der Juden im hohen Ausmaß geprägt.

In der langen Geschichte des Christentums wie auch des Islams wurden jüdische Gemeinschaften immer wieder unter einer religiösen Unterdrückung bestraft, ins Exil getrieben und/oder ermordet. „*Kidusch a Shem*“ (wörtlich - zur Ehre Gottes) verstand sich als eine heilige Tat, in der

das Individuum sein Leben oder das Leben seiner Kinder zur Ehre Gottes opfert. Bereits in der Bibel waren derartige „*operationale Suizidhandlungen*“ religiöser Natur bekannt. Die Suizidalität wurde im alten Testament und später im jüdischen Talmud gebilligt und gelobt, wenn die Selbsttötung die Ehre Gottes „retten“ konnte. ¹⁸⁾

Nach jüdischer Tradition verstößt die Suizidhandlung insbesondere gegen die familiären Wertvorstellungen. Der jüdische Talmud definiert die Familie als Grundbaustein der Gemeinde und als existenziellen Wert der *jüdischen Kontinuität*. Im Gegensatz zu dem positiven Symbol der Suizidhandlung als Mittel zur Ehrung familiärer Werte - wie z. B. bei den ostasiatischen Kulturen ¹⁹⁾ - bedeutet der Suizid für die jüdische Tradition die Zerstörung des emotionalen und familiären Zusammenhalts und damit auch eine Gefährdung deren Existenz.

Die christlichen Religionen setzten sich viel später mit dem Suizid auseinander. Die christliche Ächtung des Selbstmords wird auf den Glauben an die unsterbliche Seele und die Ehrfurcht vor dem Wert des Lebens als *Geschenk Gottes* zurückgeführt. Die Selbsttötung bedeutet demnach eine Ablehnung vom Geschenk Gottes und damit auch eine Missachtung von Gottes Willen. „*Wer sich des Lebens beraubt, sündigt gegen Gott, so wie der, der einen Sklaven tötet, gegen den Besitzer des Sklaven sündigt*“ (Thomas von Aquin, im Mittelalter, zitiert nach G., MINOIS, 1996, S. 56). Bis weit ins 19. Jahrhundert wurden ihre Leichen von Katholiken brutal geschändet, indem ihnen die „*mörderische Hand*“ als Ritual abgeschlagen wurde. Kirchliche Begräbnisse für Suizidopfer wurden sogar bis 1983 verweigert.

Heute verurteilt die Kirche die Suizidhandlung, jedoch nicht den Suizidanten, da sich nicht nachweisen lässt, ob er wirklich ein Selbstmörder bei klarem Bewusstsein gewesen sei.

Bedeutend sind die Unterschiede zwischen den jüdischen und christlichen Haltungen gegenüber der Suizidalität. Die Kirche geht aus einer eher strengst religiösen Grundeinstellung aus und betrachtet den Suizid als Verstoß gegen Gottes Willen. Die jüdische Tradition hingegen lehnt die Suizidalität aus historisch-traditionellen Gründen ab. Suizidales Verhalten verstößt nach dem jüdischen Talmud weniger gegen Gottes Willen, sondern gegen die existenziell-kontinuierlichen Selbsterhaltungswerte des Volkes. Die jüdische Haltung beinhaltet affektive (moralisch geprägte) Komponenten, die historisch-traditionellen Werten (Familien, Kontinuität, Fortpflanzung, Zusammenhalt) widersprechen. Die christliche Haltung ist eher durch religiös-theoretische Motive (*Missachtung des Geschenks Gottes*) gekennzeichnet (vgl. SCHOBEL, 1981). Darüber hinaus hebt die jüdische Tradition die sozialen und familiären Konsequenzen der Tat hervor und verurteilt diese als *kollektive Zerstörung*. Die christliche Haltung konzentriert sich dagegen bei der Suizidächtung auf die Beziehung zwischen dem Individuum und Gott (und weniger auf die zwischen menschlichen Beziehungen).

Allgemeine Einstellungen zum Suizid werden auch von *philosophisch-moralischen Weltanschauungen* sowie von *juristischen Auffassungen* beeinflusst. Insbesondere die Arbeit AMÉRYs (1976) - „*ein leidenschaftliches Plädoyer für den Freitod*“ - sorgte für eine moralische Diskussion um das Selbstverständnis zum Suizid. AMÉRYs Auffassung und andere Ansätze (HOICHE, „*Bilanzselbstmord*“, 1934) beschreiben die Suizidalität als eine rational gesteuerte und voll zu verantwortende Tat, die im Zuge der Modernisierungsprozesse als menschliches Recht legitimiert werden soll. Im juristischen Sinne unterscheiden sich die Auffassungen über das Recht am eigenen Tod. In Deutschland und in den meisten europäischen Ländern sind die Suizidhandlungen und die Suizidversuche straflos. Viele Autoren sind sogar der Ansicht, dass zu den Persönlichkeitsrechten

des Menschen und deren Würde auch das Recht gehöre, über das eigene Leben zu entscheiden. Kritisiert wurde dieses vermeintliche „*Grundrecht auf den Tod*“ von Psychiatern, mit der Begründung, dass durch solche „Rechte“ die Sensibilität für den Hilferuf von leidenden Menschen verloren gehen könnte (vgl. SCHMIDTKE, 1988).

In den Diskussionen über moralische und rechtliche Urteile des Selbstmords wurde oft in Deutschland die Frage der Strafbarkeit der Suizidhandlung gestellt. Einige Autoren (u. a. ROXIN, 1978; LUNGERHAUSEN, 1984) lehnen eine rechtliche Bestrafung der Suizidhandlung entschieden ab, mit dem Argument, die Selbsttötung sei „*die Geschichte seines eigenen Versagens*“. Dadurch gewinnt die Suizidalität eine juristische und moralische Legitimation. Allerdings konnte der Einfluss juristischer (rechtlicher) Aspekte auf die Entwicklung allgemeiner Einstellungen zur Suizidalität bisher nicht nachgewiesen werden.

(H 2) Sozialeinstellungen und Suizid:

„*Der Selbstmord ist ein individuelles Problem, welches aber soziale Ursachen und Folgen hat*“ (ADLER, 1910, zitiert nach RINGEL, 1988, S. 8). Allgemeine Einstellungen zur Suizidalität beinhalten affektive und soziale Komponenten und unterliegen emotionalen und systemischen Einflüssen. Da die Einstellung zur Suizidalität einer Person sich nicht zwangsläufig in ihren Handlungen spiegelt (IRLE, 1968; FISHBEIN & AJZEN, 1975), prüft die vorliegende Arbeit auch weitere Unterschiede in sozialen Einstellungen der beiden Kulturkreise, um mögliche Hinweise auf kulturspezifische Verhaltenskomponenten im sozialen Bereich zu finden. ²⁰⁾

Kognitionen, Affekte und Verhalten beeinflussen sich als Bestandteile einer psychischen Einheit (vgl. u. a. FISHBEIN, 1974) gegenseitig und können im Hinblick auf den Suizid zu der Annahme führen, dass sozial-kommunal denkende Individuen auch sozial-familiär eingebunden und möglicherweise auch weniger suizidgefährdet sind.

Suizidhandlungen werden in ganz unterschiedlichen sozialen Konstellationen durchgeführt oder von diesen auch vermieden. Unbestritten aus soziologisch-systemischer Sicht ist der gravierende Einfluss bestimmter sozialer Faktoren auf die Suizidhandlung. Bereits im Jahre 1897 hat DURKHEIM erkannt, dass eine Einbindung in soziale und familiäre Strukturen sowie eine Abhängigkeit von sozialen Institutionen eindeutig suizidhemmend wirken. Anlehnend an das *Anomiekonzept* DURKHEIMS (1897) trennt sich das sozial isolierte Individuum von jeglichen normativ-moralischen Wertvorstellungen, Verpflichtungen oder Verantwortungsgefühlen, die suizidales Verhalten ächten und hemmen könnten. Der wirkende Zusammenhang zwischen der Einbindung in familiäre bzw. soziale Strukturen und der Suizidhandlung wurde durch zahlreiche Untersuchungen nachgewiesen.²¹⁾

Von einer großen Bedeutung für die vorliegende Arbeit ist dennoch die hier vermutete unterschiedliche Einbindung in sozial-kulturelle Strukturen. Unterschiedlich sozial strukturierte Systeme zeigen in verschiedenen Kulturen auch übereinstimmend unterschiedliche Suizidhäufigkeiten. Nordeuropäische Kulturen, die nach interkulturellen Vergleichsstudien überwiegend durch eine individualistische Lebensform bzw. geringere Einbindung in soziale Systeme gekennzeichnet sind (vgl. MARKUS & KITAYAMA, 1991), weisen eine höhere Suizidrate auf. Die Suizidhäufigkeit der südlichen Kulturen, welche eine stärkere Einbindung in Netzstrukturen und ein ausgeprägtes kommunales Verhalten zeigen

sollten, ist dagegen wesentlich niedriger. In einem israelischen Kibbuz, in dem das kommunale Lebensprinzip herrscht, zeigt sich eine vergleichsweise ebenfalls niedrige Suizidhäufigkeit.

Bei sozial und familiär gebundenen Individuen wirken sowohl die sozialen und persönlichen (moralischen) Normen als auch die negativen sozial-familiären Konsequenzen der Handlung suizidhemmend (LINDNER-BRAUN, 1990).

Die unterschiedlichen Einbindungen in soziale und familiäre Systeme korrespondieren mit bestimmten sozioemotionalen Lebensstilen (ALFERMANN, 1996). Kultur- und sozialpsychologische Untersuchungen zu allgemeinen Geschlechts-unterschieden zeigen, dass die Dimensionen *Instrumentalität (agency)* vs. *Partizipation (communion)* mit Unterschieden in kommunikativen und sozialen Verhalten sowie mit Unterschieden in der Suizidrate korrelieren. ²²⁾

Nach BAKAN (1966) umfasst die *Instrumentalität* Eigenschaften wie *Individualität*, Trennungstreiben und -fähigkeit, Selbstbehauptung, mangelnde Interaktion, Durchsetzung nach außen sowie Unterdrückung von Gefühlen. Die Partizipation bedeutet u. a. die *Gemeinschaft*, das Teilhaben an einem größeren Organismus (kommunales Verhalten), soziale und emotionale Abhängigkeit, Spontaneität und Impulsivität (vgl. BAKAN, 1966). ²³⁾

Mit den unterschiedlichen Dimensionen bzw. sozial-emotionalen Lebensstilen (Partizipation vs. Instrumentalität) korrespondieren dementsprechend im kognitiven Bereich verschiedene Denkstilen. Kommunales (ausgeprägtes soziales) Verhalten und ein individualistisch (instrumental) orientiertes Verhalten spiegeln sich auch in *kollektiv-kommunalen* vs. *individualistischen Denkstrukturen* (vgl. BAKAN, 1996). Die individualistisch orientierte Denkstruktur ist durch *hedonistische* oder *utilitaristische*

Denkkomponenten gekennzeichnet. ²⁴⁾ Die Kommunalität bezieht sich dagegen im kognitiven Bereich auf systemische bzw. gemeinschaftliche Werte und nicht auf den eigenen Nutzen.

Eine gesonderte Bedeutung wird im Zusammenhang mit sozial-familiärer Einbindung dem Konstrukt der *Kommunikation* eingeräumt. Isolierte Personen können aufgrund mangelnder Interaktionen ihre Emotionen mit anderen Mitmenschen nicht austauschen und damit auch ihren Schmerz nicht teilen. TEISING (1992) spricht von einem „*destruktiven Schweigen*“, in dem nicht mehr kommuniziert oder „emotionalisiert“ wird. Mit dem Begriff des „*destruktiven Schweigens*“ wird die Bedeutung der Kommunikation in der Suizidalität hervorgehoben. Viele Autoren verstehen suizidale Intentionen bzw. den Suizidversuch als eine kommunikative Handlungsmöglichkeit (i. S. eines sozialen Appells, vgl. FARBEROW & SCHNEIDMAN: „*The cry for help*“, 1961). Der vollendete Suizid wird dagegen als Ergebnis mangelnder Kommunikation und Interaktionen gesehen. Insbesondere können sich kulturabhängige Unterschiede im kommunikativ-sozialen Verhalten in individualistischen vs. Interpersonellen Bewältigungsstrategien spiegeln.

Weitere zu diskutierende Überlegungen:

Auf der Verhaltensebene können weitere Hypothesen, die für die tatsächliche Suizidhandlung in beiden Kulturkreisen von Relevanz wären, aufgestellt und in der vorliegenden Arbeit diskutiert werden. Aus den zu erfassenden Einstellungen zum Suizid (durch die offene Datenerhebung) können Hinweise hervorgehen, die einen Aufschluss über diese Hypothesen geben könnten.

Geht man z. B. davon aus, dass israelische Probanden aus kulturell-traditionellen Gründen in soziale und familiäre Netzsysteme stärker eingebunden sind, als dies der Fall bei deutschen Probanden ist, dann wäre bei israelischen Probanden eine ausgeprägtere sozial/kommunale Lebensform denkbar. In Deutschland kann eine eher individualistische und von der Gesellschaft unabhängig geprägte Lebensform erwartet werden. Demnach liegt es auch nahe, dass israelische Probanden häufiger interpersonelle (interaktive) Stressbewältigungsstrategien verwenden, während bei deutschen Probanden eher individualistische (intrapersonelle) Umgangsformen mit psychischen Belastungen zu finden wären.

Hinzu kommen auch weitere mögliche Unterschiede im Erleben und Verhalten zwischen Israel und Deutschland wie Impulsivität, emotionale Erregbarkeit oder Aggression, die zu einem *kulturspezifischen Umgang mit Emotionen* führen könnten. Die Intensivierung der Einbindung in familiäre und soziale Netzstrukturen führt zu einem höheren Ausmaß an Emotionalisierung. Aus der psychologisch-medizinischen Perspektive betrachtet, kann eine Reduktion der zwischenmenschlichen Beziehungen zu einer regressiven präsuizidalen Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst und damit zu *Selbstaggressionstendenzen* führen. ²⁵⁾

Neben soziodemographisch-politischen Veränderungen haben auch kulturelle Faktoren eine Wirkung auf das Aggressionsverhalten. In der Suizidforschung liegen mehrere Untersuchungsergebnisse vor, welche die Unterschiede in der Suizidhäufigkeit unterschiedlicher Nationen auf das *kulturspezifische Aggressionsverhalten* zurückführen.

Mit einer *politisch bedingten Regulation bzw. Entladung von Aggressionen* befasst sich RINGEL (1953) und betont die Bedeutung des *alltäglichen Aggressionspotenzials* in der Entstehung von Autoaggression. Bei einer zu schwachen Aggressionsentladung und großen Aggressionsimpulsen bleibt

nach RINGEL ein Aggressionsrest übrig, der gegen das eigene Ich, gewendet werden kann. RINGEL nennt die „übersteigerte Zivilisation“, in der es immer schwieriger wird, Aggressionen abzureagieren bzw. wirkungsvoll entlastend zu kanalisieren. Auf der Grundlage dieser Ausführungen erklärt RINGEL (1953) die in Kriegszeiten sinkende Suizidrate und postuliert, dass im Krieg eine „erlaubte Aggressivität“ nach außen gerichtet wird, da aggressionshemmende Verbote außer Kraft gesetzt werden.

Auch die *Realitätskontrolle* kann kulturspezifisch sein. Mit einer geminderten Realitätskontrolle werden verzerrte und irrationale (gegebenenfalls bereits suizidale) Zustände oder Gedanken gemeint, die im isolierten Zustand auftreten und nicht „neutralisiert“ werden können. HENSELER (1974) betont die Rolle des Realitätsbezugs für die Auseinandersetzung mit dem Tod oder mit irrationalen Handlungsmotiven. Eine reduzierte Realitätskontrolle bietet demnach einen Spielraum für unrealistische Vorstellungen bis hin zu Größenphantasien (suizidale Phantasien, vgl. u. a. RINGEL, 1953). Je kleiner die Diskrepanz zwischen Realität und Phantasie ist, desto häufiger können destruktive irrationale Gedanken (Prozesse) auftreten.

Auch diese Überlegungen bzw. Unterschiede wären in dem Vergleich zwischen den deutschen und israelischen Alltagsrealitäten denkbar. ²⁶⁾

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.