

KfG *Gemeindegründung*

Beiträge zu Gemeindegründung & Gemeindeaufbau



Die GIBB-Seelsorge-Konzeption

• Roland Antholzer, Kempten •

Aspekte biblischer Anthropologie für die Seelsorge

• Klaus Giebel, München •

Psychopharmaka – Segen oder Fluch?

• Dr. Martin Schumacher, Schweiz •

Körperliche Ursachen psychischer Störungen

• Dr. Martin Schumacher, Schweiz •

Trauern und Trösten

• Roland Antholzer, Kempten •



Gemeindegründung
40. Jahrgang
Heft-Nummer 158
Ausgabe 2/24

Herausgeber

Konferenz für Gemeindegründung e.V.
 Postfach 13 22, D-36082 Hünfeld
 Tel. (0 66 52) 91 81 87, Fax 91 81 89
 service@kfg.org · www.kfg.org

Vorstand

Wilfried Plock (1. Vors.),
 Sieghard Pfeifle (2. Vors.),
 Rolf Benz, Andreas Ediger,
 Rainer Gunzenhäuser, Franz Silbereisen,
 Hans Wälzlein

Schriftleitung

Wilfried Plock
 Mackenzeller Straße 12
 D-36088 Hünfeld
 Fax (0 66 52) 99 25 34

Graphische Gestaltung

Andreas Dasch, pier07.de

Repro & Druck

GRONENBERG GmbH & Co.KG,
 51674 Wiehl

Erscheinungsweise & Auflage

vierteljährlich, 4.250 St.

Spendenkonto

VR-Bank NordRhön
 BLZ 530 612 30, KNR 622 508
 EU-Standardüberweisung (SEPA):
 IBAN: DE57 5306 1230 0000 6225 08
 BIC: GENODEF1HUE

Für die KfG-Schweiz:

Konferenz für Gemeindebau,
 Raiffeisenbank Rapperswil Jona,
 IBAN: CH42 8080 8006 6032 1013 4
 BIC: RAIFCH22C74

Bildnachweis

Adobe Stock, S.1,2,6-9,10-12,16,18,20,24,27,32;
 privat, S.3; Frank Scheil, S.4; Lars Kaiser, S.4; Paul
 Hahn, S.4; Kerstin Düsterhöft, S.4-5; Fruchtenbaum
 S.5; CLV, CMD/AGANDO, VTR, GIBB, CMV-
 Hagedorn, S. 14-15;

Das Copyright der Artikel liegt beim jeweiligen
 Autor. Nachdruck nur mit schriftlicher Erlaubnis
 und Quellenangabe.

Die einzelnen Artikel vertreten die Auffassung
 des jeweiligen Verfassers und decken sich nicht
 notwendigerweise in allen Details mit der Sicht
 des Redaktionsteams.

INHALT

PRAXIS

Die GIBB-Seelsorge-Konzeption

Roland Antholzer, Kempten

Die Gemeindeorientierte Initiative für Biblische Beratung (GIBB) sieht sich in erster Linie als Antwort auf den Mangel in unseren Gemeinden, sich den Mühseligen und Beladenen in Liebe und Wahrheit zuzuwenden und wirksame Hilfe anzubieten. Die Verantwortung dazu liegt in der Bibel begründet: „Einer trage des andern Last, so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen“ (Gal 6,2). 6



PRAXIS

Aspekte biblischer Anthropologie für die Seelsorge

Klaus Giebel, München



Der Mensch – geschaffen, gefallen und wieder hergestellt. Wir können nicht über seelische und psychische Herausforderungen der Menschen nachdenken, ohne Gottes Wort grundlegend einzubeziehen. Es geht im Wesentlichen immer wieder um die Wiederherstellung der Beziehung zwischen Gott und Mensch. 10

PRAXIS

Psychopharmaka – Segen oder Fluch?

Dr. Martin Schumacher, Schweiz

Eine der häufigsten psychiatrischen Diagnosen ist eine Depression. Auch hier können sehr unterschiedliche Ursachen die gleiche Symptomatik hervorrufen. In der Praxis werden jedoch meist keine weiteren medizinischen Abklärungen durchgeführt und in der Regel alle Patienten mit einem Antidepressivum behandelt. 16



PRAXIS

Körperliche Ursachen psychischer Störungen

Dr. Martin Schumacher, Schweiz



Depressionen, Psychosen, Zwänge, Ängste und Panik – was ist die Ursache all dieser und anderer psychischen Störungen? Die Antwort auf diese Frage ist nicht so eindeutig, wie viele es sich wünschen würden. Und auch Hausärzte haben oft eine nicht ausreichende Kenntnis auf dem Gebiet der somato-psychischen Medizin. 20

PRAXIS

Trauern und Trösten

Roland Antholzer, Kempten

Leid ist eine allgemein menschliche Erfahrung. Und weil der Tod so untrennbar mit dem Leben verwoben ist, weil keiner von uns dieser Macht ausweichen kann, daher ist auch die Trauer unser aller Erfahrung – vielleicht nicht im Moment, aber früher oder später doch. Der Artikel beleuchtet die verschiedenen Phasen des Trauerns und zeigt auf, wie wahrer Trost in diesen schweren Stunden aussehen kann. 24



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir leben heute in einer Zeit, in der sich seelisches Leiden geradezu seuchenhaft ausbreitet. Auf dem 10. Weltkongress der Psychiatrie 1996 in Madrid wurde gesagt: Etwa jeder vierte Mensch (also damals 1,5 Milliarden) leidet an psychischen Störungen. 400 Millionen Menschen werden von Angstzuständen geplagt, rund 250 Millionen Menschen haben Persönlichkeitsstörungen.

Dass sich diese Zunahme auch in unseren christlichen Gemeinden ein Stück weit widerspiegelt, ist seelsorgerlich tätigen Christen auch nicht verborgen geblieben. Von daher ist die Frage durchaus berechtigt, woran das liegen kann.

Zweifellos könnte man eine ganze Reihe von Gründen finden. Ich möchte hier nur vier Faktoren anfügen: Entfremdung und Stress, Missachtung der Gebote Gottes sowie Säkularisierung und okkulte Verstrickung.

Bereits in den frühen 80er Jahren wurde der zunehmende Bedarf an wirksamer biblischer Seelsorge von Diplompsychologin Roland Antholzer und einigen Mitbrüdern erkannt. Sie suchten nach einem Seelsorgekonzept, das allein auf der Grundlage der schriftbasierten GIBB, *Gemeindeorientierte Initiative für Biblische Beratung*, wurde geboren. Das war vor 40 Jahren. Und es konnten inzwischen tausende Geschwister von den Grund- und Aufbaukursen in vielen Gemeinden profitieren. Auch meine Frau und ich gehörten dazu und staunten, dass Gottes Wort für alle Lebensfragen völlig ausreichend ist.

Als Roland (80) und seine Mitstreiter signalisierten, das Werk aus Altersgründen nicht mehr weiterführen zu können, fügte es unser Herr, dass GIBB Anfang 2024 unter das Dach der KfG geschlüpft ist. Als Vermächtnis hat uns Roland die Basics seiner 40-jährigen Schultätigkeit in einem vierbändigen Kompendium mit der Überschrift „Lehr-



buch biblischer Seelsorge“, samt den dazu passenden Live-Mitschnitten auf acht DVDs überlassen.

Nun sind wir gespannt, wie unser Herr Jesus die wertvolle Seelsorge-Arbeit, auch ohne Roland, dem „deutschsprachigen Jay Adams“, wie er von einigen Brüdern liebevoll genannt wurde, weiterhin verwenden wird.

Im Münchner Raum hat sich in der letzten Zeit bereits, stark geprägt von der GIBB-Arbeit, ein gemeindeübergreifender Arbeitskreis zum Zweck der Seelsorge-Zurüstung gebildet. Bitten wir unseren Herrn Jesus, dieses wichtige Anliegen für die Gemeindeglieder in München und auch andernorts fruchtbar werden zu lassen. Dabei möchte die KfG gerne als Katalysator dienen.

Euer Bruder

Rainer Gunzenhäuser

**„EINER TRAGE DES
ANDEREN LAST, SO
WERDET IHR DAS
GESETZ CHRISTI
ERFÜLLEN.“**

GALATER 6,2

Einladung zur 42. Herbstkonferenz der KfG

Donnerstag, 10.10. – Sonntag, 13.10. 2024 im Christlichen Gästezentrum in 56479 Rehe / Westerwald mit Dr. Arnold G. Fruchtenbaum, USA

Die Eschatologie, die Lehre von den letzten Dingen, hat sowohl von ihren Freunden als auch von ihren Gegnern viel zu erdulden. Diejenigen, die sie herunterspielen, messen den prophetischen Texten gewöhnlich keine besondere Bedeutung zu. Ihre Verfechter hingegen legen oft zu viel in die prophetischen Texte hinein.

Wer unseren diesjährigen Redner Arnold Fruchtenbaum kennt, weiß, wie ausgewogen und gleichzeitig scharfsinnig er an die Auslegung der biblischen Prophetie herangeht. Seine Gründlichkeit regt zum Nachdenken über dieses wichtige Thema der letzten Dinge an, die der Gemeinde Jesu unmittelbar bevorstehen. Wir beten, dass alle Teilnehmer – gerade in unseren bewegten Zeiten – sehr gestärkt werden.

„DIE BOTSCHAFT DER OFFENBARUNG DES JOHANNES“

*Wir erwarten eine sehr volle Konferenz,
darum bitte unbedingt zeitnah anmelden!*

ZIELGRUPPE

Die Konferenz richtet sich an alle, die sich für die Lehre der letzten Dinge im Zusammenhang mit Gemeindebau interessieren und sich zu diesem grundlegenden Thema informieren und / oder zurüsten lassen möchten.

ANMELDUNGEN BITTE DIREKT IN REHE!

Anmeldungen erfolgen ab sofort DIREKT im Christlichen Gästezentrum Westerwald in Rehe. Sie haben drei Möglichkeiten:

1. telefonisch: (02664) 505-0
2. per E-Mail: info@cgw-rehe.de
3. über das Kontaktformular des Hauses:
<https://www.cgw-rehe.de/termine/anmeldung>

KONFERENZGEBÜHR WEITERHIN AN DIE KFG

Die Konferenzgebühr beträgt EUR 39,- für Einzelpersonen bzw. EUR 49,- für Ehepaare. Diese Beträge bitten wir – wie bisher – auf das Konto der KfG zu überweisen – aber bitte erst nachdem Sie eine schriftliche Bestätigung von uns erhalten haben. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Anmeldung erst mit diesem Bestätigungsschreiben verbindlich wird.

PREISE / TAG / PERSON

Vollpension **inkl.** Bettwäsche/Handtücher und Schwimmbadnutzung sowie eine Kaffee/Kuchenausschmeißelung am Nachmittag.

DZ mit Du./WC 74,00 EUR

EZ mit Du./WC 92,00 EUR

DZ Etagen-Du./WC 64,00 EUR

EZ Etagen-Du./WC 82,00 EUR

Wir freuen uns auf erbauliche Tage in Rehe und beten mit Ihnen für eine vom Herrn gesegnete Konferenz im Herbst 2024.

Dr. Arnold G. Fruchtenbaum wurde 1943 in einem Internierungslager in Sibirien geboren, nachdem sein Vater – fälschlicherweise als Nazi-Spion angeklagt – ein kommunistisches Gefängnis verlassen konnte. Mithilfe des Israelischen Geheimdienstes gelang der Familie nach dem Zweiten Weltkrieg die Flucht durch den Eisernen Vorhang nach Deutschland. In dieser Zeit wurde Arnold durch seinen Vater im orthodoxen Judentum unterwiesen, bevor die Familie 1951 in die USA emigrierte. Mit 13 Jahren kam Arnold dort durch das Lesen eines Neuen Testaments zum Glauben an Jesus Christus als den Messias.

Im Jahr 1958 zog die Familie nach Los Angeles an die Westküste. Während der Zeit in Kalifornien stand Arnolds Vater dem christlichen Glauben seines Sohnes mehr und mehr ablehnend gegenüber. Er verbot ihm, sowohl christliche wie auch jüdische Veranstaltungen zu besuchen; ebenso auch das Lesen in der Bibel. Nach dem Schulabschluss zwang ihn sein Vater, aufgrund seines Glaubens die Familie zu verlassen. Arnold besuchte daraufhin das Shelton College in New Jersey, später das Ohio Cedarville College, das er in 1966 mit einem Bachelor in Hebräisch und Griechisch abschloss. Im Anschluss zog Arnold nach Israel, um dort an der Hebräischen Universität in Jerusalem Archäologie, Geschichte, historische Geographie und Hebräisch zu studieren. Während

dieser Zeit wurde er Augenzeuge des sogenannten Sechs-Tage-Krieges in 1967. Im gleichen Jahr zog Arnold zurück in die USA an das Theologische Seminar in Dallas/Texas, das er 1971 mit dem Master der Theologie verließ.

1968 heiratete er seine Frau Mary Ann Morrow. Seine Frau und er zogen nach Jerusalem, um dort im Rahmen einer Ortsgemeinde junge Gläubige im christlichen Dienst zu unterweisen. Diese Aktivitäten zogen recht bald die Aufmerksamkeit der orthodoxen Autoritäten auf sich, die schlussendlich genügend Druck auf Regierungsorganisationen ausübten, um die Fruchtenbaums in 1973 zur Ausreise zu zwingen. Im Jahre 1989 promovierte Arnold an der New Yorker Universität. Mary Ann Fruchtenbaum ging im Oktober 2022 nach langer, schwerer Krankheit zu ihrem Herrn heim.

Arnold leitet bis heute das weltweit tätige Missionswerk **ARIEL Ministries** mit Sitz in Texas. In Kürze wird er die Verantwortung an Dr. Tim Sigler übergeben. Im deutschsprachigen Raum wurde er vor allem durch sein „Handbuch der biblischen Prophetie“, durch sein Buch „Das Leben des Messias“ sowie durch seinen Vortragsdienst bekannt. 📖



ANZEIGEN



KEB-Intensiv-Training 2024

Die einzigartige Ausbildung für die Arbeit mit Kindern

Das Intensiv-Training ist ...

biblisch

Biblische Themen und einzelne Bücher der Bibel bilden schwerpunktmäßig die Grundlage des Unterrichts und helfen dir, geistlich zu wachsen.

praktisch

Du bekommst Hilfe und Tipps von erfahrenen KEB-Mitarbeitern. Praktische Übungen helfen dir, das Gelernte umzusetzen.

missionarisch

Du wirst ausgerüstet, Kindern das Evangelium weiterzugeben, sie zu Jesus zu führen und im Glauben zu stärken.



Haben wir dein Interesse geweckt?

Dann nimm Kontakt mit uns auf! Wir informieren oder beraten dich gerne persönlich.
Frau Ute Bartz • E-Mail: intensiv-training@keb-de.org • Telefon: 06465 9283-23



BIBELSCHULE BRECKERFELD IST...

WERTVOLLSTE LEBENSZEIT!

- **Horizontenerweiterung**
- **Charakterbildung**
- **Leidenschaft für Mission**
- **Gottes Plan entdecken**
- **Jesus im Zentrum**
- **Lebensschule**



Die GIBB Seelsorge- Konzeption

Gemeindeorientierte Initiative
für Biblische Beratung (GIBB)

Roland Antholzer, Kempten

Im Jahr 1986 begannen wir mit der GIBB-Arbeit. Wir, das sind außer mir zwei Brüder, die sich in Tübingen vom Studium und von der gemeinsamen Gemeinde her kannten.

Unser Anliegen war es, etwas gegen ein gefährliches Defizit in den christlichen Gemeinden zu unternehmen. Es ging um das Defizit in Sachen Seelsorge. Nach und nach kamen andere Brüder dazu. Da die Entwicklung dahin lief, dass ich 90% der Schulungs- und Seminar-tätigkeit machen würde, sah ich im Jahr 1993 die Notwendigkeit, aus dem Beruf auszusteigen. Ich war als Psychologe in einer christlichen Klinik für alkoholranke Männer tätig. Im selben Jahr erschien auch mein erstes Buch „Plädoyer für eine biblische Seelsorge“.

Von 1995-2003 führten wir ein sogenanntes Osteuropaprojekt durch. Ich hielt in diesen Jahren Schulungen in Russland, in Polen, in Kroatien und sehr intensiv in Weißrussland und Ungarn. Seit 1990 hatten wir ca. 28.000 Teilnehmer.

Die GIBB-Arbeit versteht sich als gemeindeorientiert und biblisch.

Gemeindeorientiert... das heißt:

- » Wir meinen, dass der angestammte Platz der Seelsorge die Gemeinde ist.
- » Unser Anliegen ist es daher, der Gemeinde Jesu zu dienen und Gemeindeglieder für die Seelsorge zuzurüsten.
- » Wir sind / waren als GIBB-Mitarbeiter alle in Gemeinden in leitender Funktion aktiv und behalten so den Bodenkontakt.
- » Wir verstehen uns nicht als gemeindeunabhängiges Werk, sondern unterordnen uns örtlichen Gemeinden.

Biblisch... das heißt:

- » Wir meinen, dass die Bibel die einzige autoritative Grundlage für die Seelsorge ist.
- » Wir lehnen alle Lehren und Methoden ab, die der geoffenbarten Wahrheit Gottes widersprechen.
- » Wir verzichten auf Methoden der modernen Psychotherapien, weil wir meinen, dass sie dem Anliegen der Seelsorge entgegenwirken.
- » Psychologische Erkenntnisse, soweit sie mit der biblischen Wahrheit vereinbar und für die Seelsorge brauchbar sind, beziehen wir ein.

Unsere Hauptaufgaben:

- » Schulungen und Seminare
- » Aufklärung und Information
- » Stationäre Hilfe (liegt zurzeit brach)

Im Folgenden möchte ich unsere Seelsorge-Konzeption vorstellen.



1. DEFINITION UND BEGRIFF

Die Gemeindeorientierte Initiative für biblische Beratung sieht sich in erster Linie als Antwort auf den Mangel in unseren Gemeinden, sich den Mühseligen und Beladenen in Liebe und Wahrheit zuzuwenden und wirksame Hilfe anzubieten. Die Verantwortung dazu liegt in der Bibel begründet: „*Einer trage des andern Last, so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen*“ (Gal 6,2).

Seelsorge muss dem Anspruch gerecht werden, geistlich, ganzheitlich, nüchtern und ausgewogen zu sein. Biblische Beratung und biblische Seelsorge meint zunächst eine Seelsorge, die sich völlig und ganz auf das Wort Gottes gründet. Dies setzt voraus, dass wir die Bibel als von Gottes Geist eingegeben, irrtumslos und absolut verbindlich für die Gestaltung unseres Lebens ansehen (2Tim 3,16.17). Von daher vermögen wir biblische Seelsorge von außerbiblischen und unbiblischen Vorgangsweisen abzugrenzen. Biblische Beratung und biblische Seelsorge soll auch gemeindeorientiert sein.

Das heißt, dass die Initiative kein gemeindeunabhängiges Werk sein möchte, sondern sich der Aufsicht durch neutestamentliche Ortsgemeinden unterstellt. Das heißt weiterhin, dass alle Mitarbeiter in örtlichen Gemeinden aktiv im Dienst stehen. Und schließlich wollen sie durch die Förderung einer biblischen Seelsorge in den Gemeinden dazu beitragen, dass die Gläubigen im Sinne von Epheser 4,12 zugerüstet werden zum Dienst am Leib Christi. Das Kreuz ist Ausgangspunkt und Zielpunkt biblischer Beratung. „*Ruhe für unsere Seelen*“ ist uns nur verheißen, wenn wir bereit sind, den Kreuzesweg zu gehen (Mt 11,29). Nur auf dem Weg des Sterbens kann unser Leben fruchtbar werden im Dienst. Befreiung von seelischen Nöten wird in den meisten Fällen (soweit nicht körperlich verursacht) erwünschtes Nebenprodukt sein.

2. MENSCHEN- BZW. WELTBILD

Der Mensch ist ursprünglich als vollkommenes, im Bilde Gottes geschaffenes Wesen durch die Sünde Adams seinem Schöpfer

entfremdet und zum Spielball der ihm innewohnenden Sünde und gottfeindlicher Mächte geworden. Die Sünde ist seither als zerstörende und krankmachende Kraft in seinem Leben wirksam. Durch den Glauben an Christus, den Sohn Gottes, kann aber der Mensch wiedergeboren werden zu einem neuen Leben, Vergebung seiner ganzen Lebensschuld erfahren und von der Macht der Sünde befreit werden. Er ist nun eine neue Schöpfung, in Christus gerecht gemacht und mit ewigem Leben und unverlierbarem Heil ausgestattet.

In Bezug auf seine Beschaffenheit vertreten wir eine substantielle Dichotomie und eine funktionelle Trichotomie, d. h. der Mensch besteht aus zwei Teilen, dem materiellen und vergänglichen Leib und dem immateriellen unvergänglichen Geist bzw. der Geist-Seele. Beim lebendigen Menschen können wir funktionell zwischen Leib, Seele und Geist unterscheiden. Seelische Störung ist immer eine Funktionsstörung des ganzen Menschen.

3. ETHIK

Die Ethik biblischer Beratung gründet sich auf das biblische Menschenbild und das Wort Gottes, das als von Gottes Geist eingegeben, irrtumslos und maßgebend für die Gestaltung unseres Lebens anzusehen ist. Die biblischen Aussagen zu Herkunft, Bedeutung und Ziel des Menschen gelten als verbindliche Grundlage für unser Leben. Der Christ hat in Christus eine neue Identität. Darin begründet sich auch sein Wert. Wenn er sich diese neue Identität im Glauben zu eigen macht, wird er zur Freiheit gegenüber Menschen befreit und zum Gehorsam gegenüber Christus motiviert. Die Tatsache, dass er es noch mit dem „Fleisch“ zu tun hat, impliziert aber auch, dass er bis an sein Lebensende ein fehlender und lernender Mensch bleibt.

Biblische Beratung sieht als Ziel für den Einzelnen nicht primär dessen psychische Gesundheit, sondern sein Heil bzw. seine Heiligung.

4. BERATUNGSZIELE

Biblische Beratung sieht als Ziel für den Einzelnen nicht primär dessen psychische Gesundheit, sondern sein Heil bzw. seine Heiligung. Gottes letztes und eigentliches Ziel mit seinen Kindern ist uns in Epheser 1,12 aufgezeigt: „... auf dass wir etwas seien zum Lob seiner Herrlichkeit“. Das können wir aber nur dann, wenn wir Christi Wesen an uns tragen, immer mehr in Sein Bild umgestaltet werden. Dieses Ziel schließt die psychische Gesundheit mit ein, geht aber wesentlich darüber hinaus.

Durch den Glauben an Jesus Christus und die Umgestaltung durch den Heiligen Geist erhält der Mensch eine neue Natur, erfährt Vergebung seiner Schuld und wird von der Macht der Sünde befreit. Die Seelsorge soll helfen, dass diese neue Natur zur prägenden Kraft im Leben des Ratsuchenden wird, so dass Christi Gnade und Gerechtigkeit zunehmend ihre heilende Wirkung im Leben des Ratsuchenden entfalten kann. Je klarer sein Leben Christus untergeordnet und hingegeben ist, desto mehr wird er auch in seiner Psyche gesunden.

So geht es nicht um bloße Einstellungsänderung bzw. Verhaltensmodifikation, sondern um Veränderung, die aus einem geänderten Herzenszustand erwächst. Das grundlegende Ziel ist demnach Heiligung. Heiligung heißt, dass der Christ das, was er durch die Wiedergeburt schon ist (nämlich heilig, gerecht und vollkommen), nun auch immer besser verwirklichen und ausleben kann (Kol 1,29). Anders gesagt: Christus soll in ihm Gestalt gewinnen (Gal 4,19). Ein weiteres Ziel ist, dass sein Leben fruchtbar wird für Gott (2Tim 3,17). Das kann bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich aussehen und hängt von seinen vorgegebenen und vielleicht auch nicht veränderbaren Grenzen seelischer oder körperlicher Art ab, die ihm gesteckt sind.

5. ENTSTEHUNGSGESCHICHTE

Die Gemeindeorientierte Initiative für biblische Beratung e. V. (GIBB) wurde im Jahre 1985 gegründet, und ist aus dem Arbeitskreis für biblische Beratung (ABB) hervorgegangen. Jahrelang trug dieser Arbeitskreis das Anliegen auf dem Herzen, etwas für eine biblische Seelsorge zu tun. Nach vielen Gesprächen und Gebet war 1985 der Zeitpunkt gekommen, die Initiative für eine biblische Beratung zu ergreifen. Es handelt sich um eine Initiative von gläubigen Psychologen, Theologen, Sozialpädagogen und Ärzten, die es sich zum Ziel gesetzt hat, dem Mangel an biblischer Seelsorge in den Gemeinden durch Schulung von Gemeindemitarbeitern entgegenzuwirken.

Geplant war von Anfang an auch die Schaffung einer stationären Einrichtung für psychisch belastete Christen, in der sie seelsorgerlich betreut werden, und die auf biblischer Grundlage arbeitet. Von 1999-2012 wurde unter der Aufsicht und Unterstützung durch GIBB der „Lebenshof Engishausen“ (87743 Egg a. d. Günz) betrieben.

6. SELBSTVERSTÄNDNIS DES SEELSORGERS

Das eigentliche Subjekt der Seelsorge ist und bleibt Gott. Der Seelsorger ist daher immer nur Werkzeug in der Hand Gottes. Um brauchbar zu sein, sollte er in der Heiligung leben. Als ein unvollkommener Mensch, der selbst aus der Gnade Gottes lebt, wird er sich mit unter die



Not und Schuld des Ratsuchenden stellen und ihn so zur Einsicht seiner bisher sündigen und fleischlichen Wege führen können. Er ist dabei letztlich immer auf die Führung und Mitwirkung des Geistes Gottes angewiesen. Der Seelsorger ist kein Heiler, sondern eher ein Pädagoge. Als solcher sollte er dem Ratsuchenden nicht nur durch Worte, sondern durch das Vorbild seines eigenen Lebens Richtung weisen. Deshalb ist das „Sein“ des Seelsorgers dem „Tun“ vorgeordnet.

7. ARBEITSWEISE DES SEELSORGERS

Seelsorgerliches Handeln hat ein breites Spektrum. Es bedeutet zunächst: zuhören, einfühlen, verstehen, ermutigen, Hoffnung vermitteln, Vergebung zusprechen, trösten, aber auch ermahnen, zurechtweisen, warnen, herausfordern, konfrontieren. Zu den Grundelementen einer biblischen Beratung gehört zunächst die diagnostische Phase, in der der Seelsorger nach einer gründlichen Problemanalyse und evtl. auch Anamnese versucht zu verstehen, um welche Problematik es sich handelt. Hat der Berater die wesentlichen Zusammenhänge erkannt, so wird er nun versuchen, sie dem Ratsuchenden nahe zu bringen. Er wird den Ratsuchenden ermahnen und zurechtweisen. Beide Vorgangsweisen sind sehr differenziert zu sehen, und der Umgang damit sollte sehr behutsam sein.

Oft können wir nicht sehr viel mehr tun, als den Ratsuchenden auf einen Weg zu führen, den er dann selbst gehen muss. Wir haben als Seelsorger die Aufgabe, im Herzen des Ratsuchenden Wege zu bahnen für Gottes Willen (Ps 84,6). Auch das Aufrichten und Trösten ist von großer Wichtigkeit. Der Ratsuchende



sollte grundsätzlich jedes Gespräch mit Hoffnung verlassen.

Das Beraten im engeren Sinne soll dem Ratsuchenden konkrete Hilfestellung und Wegweisung zur Veränderung von Gewohnheiten und lebenspraktischen Fertigkeiten vermitteln. Es wird darum gehen, ihm zu helfen, selbst das Pro und Contra einer Entscheidung herauszufinden, ihn zu der Entscheidung herauszufordern und ihm zu helfen, sie in seinen Alltag umzusetzen. Letzteres könnte auch die Aufgabe eines Mentors sein, der ihn in Form einer Zweierschaft ein Stück seines Weges begleitet. Bei all dem ist es sehr wichtig, dass wir den Ratsuchenden nicht nur mit dem Anspruch des Gehorsams konfrontieren, sondern ihm auch einen Weg aufzeigen, wie er Freude und Kraft zu einem gehorsamen Wandel bekommen kann. Andernfalls bringen wir ihn unter einen gesetzlichen Zwang. Daher wird das Tun des Seelsorgers oft nicht viel mehr sein können, als in dem Ratsuchenden Motivation zu wecken, sich in seiner Problematik Gott zu unterstellen und sich von Ihm an die Hand nehmen zu lassen.

8. INTERVENTIONEN UND METHODEN

Erkenntnisse der Humanwissenschaften werden in der biblischen Seelsorge und Beratung genutzt, und sind insbesondere in der diagnostischen Phase des Seelsorgeprozesses von Bedeutung. Kriterium für die Auswahl des psychologischen Wissens ist die Kongruenz mit dem biblischen Menschenbild. So werden unter anderem Erkenntnisse der Wahrnehmungspsychologie, der Kommunikationspsychologie und der Persönlichkeitspsychologie, diagnostische Methoden sowie Erkenntnisse aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik in das Konzept der

biblischen Seelsorge integriert. Die Gemeindeorientierte Initiative für biblische Beratung hält jedoch die verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze für keinesfalls wertfrei. Deshalb werden in das Konzept der biblischen Beratung grundsätzlich keine psychotherapeutischen Methoden einbezogen.

9. ROLLE DES RATSUCHENDEN

Er sollte willig sein, sich in seiner Problematik unter Gott zu stellen, und die Autorität Seines Wortes zu akzeptieren. Er sollte außerdem bereit sein, sich durch den Geist Gottes verändern zu lassen und biblisch begründete Korrektur durch den Seelsorger anzunehmen. Die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit wird von Anfang an erwartet und eingefordert.

10. BESONDERHEITEN

Die Bibel wird als das eigentliche Instrument seelsorgerlichen Handelns angesehen und auch konkret zum Einsatz gebracht. Daneben helfen diverse Modelle biblischer Psychologie nicht nur dem Seelsorger, die Problematik besser zu verstehen und biblisch richtig einzuordnen, sondern sie dienen auch dazu, diese Einsichten dem Ratsuchenden didaktisch optimal vermitteln zu können.

11. KOSTEN

Da der Ansatz von GIBB gemeindeorientiert ist und davon ausgeht, dass Seelsorge im Raum der Gemeinde stattfindet als ein Dienst unter andern, soll dafür kein Geld genommen werden.

12. DAUER

Es wird empfohlen, von vornherein ein zeitliches Limit für regelmäßige Beratungsgespräche (ca. 5-6 Termine) festzulegen. Ist

eine Beratung darüber hinaus erforderlich, können zunächst die Abstände zwischen den Terminen kontinuierlich verlängert werden. In schwierigen Fällen wäre an eine weitere Begleitung (z. B. durch einen Mentor in Form einer Zweierschaft) zu denken.

13. SETTING

Normale Gemeindegeseelsorge wird nicht nur „konsultativ“ sein in dem Sinne, dass die Initiative von dem Ratsuchenden ausgeht. Oft wird es auch so sein, dass der Seelsorger den Ratsuchenden anspricht. Seelsorge vollzieht sich auch nicht nur im vorher terminierten Gespräch unter vier Augen. Sie ist schon das kurze Wort der Ermutigung, die in Liebe ausgesprochene Ermahnung, das gemeinsame Gebet, ein Wort Gottes zur rechten Zeit, ein kurzes Gespräch nach dem Bibelabend, ein Lob, ein Dankeschön – ja, auch eine konkrete praktische Hilfeleistung.

Biblische Beratung wird sowohl Einzelnen, als auch Paaren angeboten. Bei Eheproblemen wird ein gemischtes Vorgehen empfohlen: mit jedem der Partner einzeln und mit beiden zusammen. Wo es um Probleme der Sucht geht oder um die Veränderung eingeschliffrer Lebensgewohnheiten, wäre – soweit möglich – eine zeitweise Einbindung in eine Lebensgemeinschaft wünschenswert. Die Familie des Betroffenen sollte nach Möglichkeit immer mit einbezogen werden. In wenigen Fällen wird eine stationäre Behandlung erforderlich sein. Das Ziel der Schaffung einer stationären Einrichtung wurde 1999 realisiert. Daneben wird auch eine fachliche Unterstützung anderer stationärer Einrichtungen für psychisch Belastete durch GIBB angeboten. ☛

ASPEKTE BIBLISCHER ANTHROPOLOGIE FÜR EINE BIBELORIENTIERTE SEELSORGE

Klaus Giebel, München

DER MENSCH –
GESCHAFFEN, GEFALLEN UND
WIEDER HERGESTELLT

1. GOTTES SCHÖPFUNG –
DER MENSCH IM URZUSTAND

Der Mensch ist Geschöpf Gottes. Aber nicht nur die Tatsache, dass der Mensch geschaffen wurde, sondern auch das Wie und Wozu geben Aufschluss darüber, wer der Mensch ist. An dieser Stelle können wir natürlich nur einige Aspekte andeuten. Nach 1. Mose 1,26-27 und 1. Mose 2,7 lässt sich sagen, dass der Mensch sowohl von seinem Ursprung her als auch bezüglich der Zielsetzung zum Bild Gottes geschaffen wurde. Mit Ausführungen über seine materielle und geistige Beschaffenheit wird ihm auch eine Zweckbestimmung gegeben: er wird zum Botschafter Gottes auf Erden. Gegenüber der übrigen Schöpfung repräsentiert er

den lebendigen Schöpfer, er ist der „König der Erde“ (Erich Sauer).

Die Frage, die Theologen stets beschäftigt hat, ist, worin diese „Ebenbildlichkeit“ (oder einfach, wie manche Theologen es vorziehen, die „Bildlichkeit“) besteht. Die Bedeutung *zälām* (lat. *imago*, griech. *eikon*) ist primär Bild, Abbild, Abbildung. Das andere Wort, *demuth* (lat. *similitudo*, griech. *homoiosis*), bedeutet Gleichung, Gestalt, Nachbildung, Ähnlichkeit.¹

Der Versuch einiger griechischer und lateinischer Kirchenväter, in ersterem den körperlichen Bereich („Abbild“, konkrete Ähnlichkeit) und in letzterem Begriff (abstrakte Ähnlichkeit) mehr den sittlichen Aspekt der Gottebenbildlichkeit zu sehen, ist aus der Begriffsbildung heraus nicht gerechtfertigt.² Die beiden Begriffe verstärken sich und heben hervor, dass der Mensch als Bild, als Gleichnis für Gott, geschaffen wurde. Damit sind die Parameter für die grundlegende Wesensbestimmung des Menschen gelegt: Der Mensch widerspiegelt innerhalb der Schöpfung das Wesen Gottes, ohne dabei mit Gott identisch zu sein. Er ist

geprägt von der Abhängigkeit gegenüber seinem Schöpfer. Gott schuf sich also ein Gegenüber, zu dem er reden konnte, das ihn verstand und seine Pläne und Absichten in besonders hervorragender Weise vertreten konnte. Wenn der Mensch sich von Gott anreden lassen kann, dann liegt darin seine Würde und Bedeutung.

Alle Modelle, die den Menschen partikular betrachten („Triebwesen“, „animal rationale“ etc...) verkennen die Bedeutung dieser Dimension des Menschen, der ein von Gott zu Erreichender ist. Letztlich will sich Gott immer beim Menschen Gehör verschaffen. Der am Wort Gottes ausgerichtete Seelsorger, wird dies zu keinem Zeitpunkt der Beziehung zu einer ratsuchenden Person außer Acht lassen. Auch nach dem Sündenfall bleibt der Mensch formal ein im Bild Gottes Geschaffener.³

Ein anderer Gesichtspunkt, der sich aus den Aussagen des Schöpfungsberichts ergibt, ist die wesensmäßige Einheit des Menschen. Der Mensch wurde eine lebende Seele (hebr. *nāphāsč chajah*), was bedeutet, dass es nicht Gottes Absicht war, einem unsichtbaren Teil des



d.h. der Mensch wird zum Götzen-
diener.⁷ Diese Glaubensdimension
des Menschen kann nicht fein
säuberlich von anderen Bereichen
seines Lebens getrennt werden.
Nicht erst wenn der Mensch selbst
von seiner Religion spricht oder
spezifisch religiös handelt ist er
religiös. Alle Ebenen seiner Werte,
Überzeugungen, sein Fragen nach
Sinn und Bedeutung sind letztlich
ein Ausdruck seiner Religiosität.
Er kann seine Herkunft nicht
wirklich leugnen, nur verzerren
und den Schöpfer durch ein hori-
zontalisiertes, anthropozentrisches,
säkulares Denken entehren. Es gibt
aber keine wirklich neutralen Be-
reiche, die nicht „religiös“ besetzt
werden müssen. Das hat zur Folge,
dass alle Denk-, Gefühls- und Wil-
lensvorgaben eines Menschen auch
einer ethisch-glaubensmäßigen Di-
mension unterworfen werden. Der
Mensch darf und soll sich immer
auch seinem Schöpfer gegenüber
verantwortlich wissen. Er soll sich
seiner religiösen Vorurteile und
Prägungen bewusst werden und
unter das Wort des lebendigen
Gottes kommen, so dass er seine
Identität begreifen kann.

Menschen eine sichtbare Hülle zu
geben, sondern dass der sichtbare und
der verborgene Mensch aufs Engste
zusammengehören. Zur Gotteseben-
bildlichkeit gehören eine geistige
Dimension sowie der Leib.⁴ Dies geht
auch aus anderen Zusammenhängen
hervor. Wer den Leib tötet, vergreift
sich am „Bild Gottes“ – ebenso, wer
den Menschen mit Worten verletzt.⁵
Sowohl seine moralische, also auch
seine geistigen Fähigkeiten sowie
sein Ichbewusstsein, die Fähigkeit
zur Kommunikation mit sich, mit
anderen, all das macht die Einzig-
artigkeit des Menschen aus. Die
Kommunikationsfähigkeit scheint
nach dem biblischen Zeugnis eine
besonders herausragende Eigenschaft
zu sein, die den Menschen als das
Gegenüber Gottes auszeichnet, und
zwar auf unterschiedlichen Ebenen.⁶

Ein weiterer Aspekt dieser schöp-
fungsmäßigen Dimension ist, dass
der Mensch dazu berufen ist, seinem
Schöpfer Liebe, Ehre, Dank und
Anbetung zu erweisen (Röm 1,18-23).
Wenn der Mensch nicht mehr auf den
Schöpfer bezogen denkt, dann wird es
sich ein anderes „Gegenüber“ suchen,

FAZIT

Der von Gott geschaffene Mensch
ist nicht abstrakt, d. h. ohne diesen
Bezug zu erklären. Wenn der bib-
lische Offenbarungsrahmen ernst
genommen wird, dann zeigt das den
Menschen als eine Einheit. Die Ar-
beit an einer biblisch ausgerichteten
Psychologie wird sich deshalb immer
diesem „Ganzheitlichkeitsmodell“
des Menschen verpflichtet wissen.

2. DER GEFALLENE MENSCH

Die zweite grundlegende Dimen-
sion des Menschen ist sein gefalle-
ner Zustand. Seine grundlegende
Verantwortlichkeit wird dadurch
unterstrichen, dass Gott ihn nach
seinem Abfall persönlich sucht und
zur Rechenschaft zieht. Gott spricht
zum Menschen, als dieser sich vor ihm
verbirgt („...wo bist du?“⁸). „Wenn wir
Christen ... von der Sünde sprechen,
dann nehmen wir den Menschen in
seiner Würde und Verantwortlichkeit
als ein zurechnungsfähiges Gegen-
über Gottes ernst.“⁹

Das Wesen des Menschen wurde
auf mehrfache Art betroffen:

1) Im Bericht vom Abfall des Men-
schen¹⁰ von Gott greift der Mensch
ach der Frucht des Baumes der
„Erkenntnis des Guten und Bösen“.
Dieser Griff wird mit dem Anspruch
verbunden, „sein zu wollen wie Gott“.
Die Erkenntnis, um die es geht, ist
prinzipiell ethisch¹¹, d.h., der Mensch
macht eine konkrete Erfahrung mit
dem Bösen; er übertritt faktisch
ein göttliches Gebot, widerspricht
also aktiv dem Willen Gottes. Die
damit verbundene Aussicht, die
die Schlange gibt, „ihr werdet sein
wie Gott“, wird zum Leitmotiv des
autonomen Menschen. Ihm wird
darin suggeriert, er könne Gott als
Gegenüber umgehen und sich au-
tonom bewegen. Tatsächlich ändert
sich die Gottesbeziehung mit dieser
Handlung: der Mensch erfährt eine
Autonomie, die aber leidvoll als töd-
liche Trennung von seinem Schöpfer
erfahren wird.¹² Letztlich stehen
alle philosophischen und geistigen
Ansprüche des Menschen, außerhalb
der Gottesbeziehung Lösungen
zu suchen, im Dienste dieser ur-
sprünglichen Autonomiebewegung.
Sie enthalten aber auch gleichzeitig
die Aussage, dass der Zugang zum
wahren Leben versperrt ist. Es kann
kein vom Menschen erdachtes oder
erschaffenes Paradies geben!

2) Sünde wird biblisch als Gesetz-
losigkeit beschrieben.¹³ Das Gesetz
als Ausdruck des Willens Gottes sowie
seines Charakters, seiner Überzeu-
gungen, ist für den Menschen, der
in seinem Bild geschaffen ist, immer
gut und richtig. Die Bibel vertritt
deshalb keine Situationsethik; es
gibt lediglich situative Anpassungen,
die einem pädagogischen Handeln
Gottes entsprechen, aber keine
Normverletzungen zum Maßstab
machen.¹⁴ Sünde ist mangelnde
Übereinstimmung mit dem guten
Willen Gottes. Der Mensch ist ein
Gesetzesübertreter. Deshalb dürfen
die ethischen Aspekte aller Arten von
Problemlösungen nicht ausgeklam-
mert werden.

3) Die Folgen der Sünde führen
für alle Nachkommen Adams zu
einer neuen Seinsbestimmung.¹⁵ Er
lebt in einem „Sein zum Tode“. Der
Mensch als solcher ist schuldig und
ererbte eine sündige Natur, die ihn
nicht mehr fähig macht, nicht zu
sündigen („non posse non peccare“)¹⁶.
Die Sünden, die der Mensch begeht,

betreffen nicht nur seine Beziehung zu Gott (genauso wenig wie nur sein Geist etwas mit seiner Beziehung zu Gott zu tun hat), sondern auch alle anderen Beziehungsebenen (zu den Mitmenschen, zur Schöpfung, zu sich selbst, zu seiner Geschlechtlichkeit).

Mit dem Sündenfall ging nicht die Gotesebenbildlichkeit des Menschen an sich verloren. Das bedeutet, dass der an den Menschen gerichtete Anspruch, dieses Bild Gottes widerzuspiegeln, nicht aufgehört hat.

Daraus ergibt sich unter anderem: Die Sünde, in der der Mensch gefangen ist, ist nicht wirklich nur ein angelerntes Fehlverhalten, das durch Lernprozesse wieder rückgängig gemacht werden kann.¹⁷ Unterschiedliche Dimensionen von Fehlverhalten, Denkfehlern, Willensproblemen und Gefühlskonflikten lassen sich im Wesentlichen durch die vielfältigen Schattierungen und graduellen Erweiterungsmöglichkeiten dieses „Seins zum Tode“ erklären. Es gibt durchaus ein Mehr oder ein Weniger an Sünde auf der horizontalen Ebene. Kain steigerte den Abfall von Gott, indem er seinen Bruder umbrachte.¹⁸

FAZIT

Mit dem Sündenfall ging nicht die Gottesebenbildlichkeit des Menschen an sich verloren. Das bedeutet, dass der an den Menschen gerichtete Anspruch, dieses Bild Gottes widerzuspiegeln, nicht aufgehört hat; der Mensch wurde kein Tier, er blieb Mensch in seiner Wesensbestimmung! Gleichzeitig ist aber nichts übrig im Menschen, was noch als heil oder ganz gesehen werden kann. Der Mensch als Ganzes ist ein Sünder, ein Feind Gottes, der sich nicht unter Gottes Ordnung stellen will.¹⁹ Jeder Anspruch, sich und die Welt ohne Anerkennung des Schöpfers heilen zu wollen, ist ein Versuch, diesem Dilemma zu entkommen. Aber der Mensch verlor die vitale Beziehung zu seinem Schöpfer und damit auch das Recht, sein Repräsentant auf Erden zu sein. Gott selber nahm aber den Schöpfungsakt nicht zurück, sondern hielt an dieser Vorgabe fest, den Menschen zu seinem Verwalter auf Erden zu machen. Er stellte den Menschen aber unter die Vorschatten des Gerichts. D.h., er ließ auch den gefallen Menschen unter neuen Bedingungen in dieser Verantwortung. Die Nachkommen Adams widerspiegelten dieses gebrochene Bild; sie waren im Bild Adams als des gefallen Menschen.²⁰ Der dreifache Tod des Menschen (geistlich, Beginn des physischen Todes und ewig)²¹ zeigt, dass der Mensch

unter dem Gericht Gottes lebt. Gott traf einige Maßnahmen, die dem Menschen helfen sollen, sich dieser Situation bewusst zu werden und dadurch daran erinnert zu werden, dass er nicht in einer idealen Welt, sondern einer Welt, die diesem Unheilszustand Rechnung trägt, leben muss. Aus dieser Situation der Unvollkommenheit, die nicht mit dem ursprünglichen Willen Gottes übereinstimmt, ergeben sich viele Ansätze um den Auftrag, hier und heute Hilfe für den ganzen Menschen zu bieten, richtig einzuordnen. Zentral bleibt festzuhalten, dass der Mensch sich selbst nicht wirklich helfen kann. Unordnung und Leiden, Todesverfallenheit und damit verbundene Krankheit, sind immer auch ein Ruf, zu dem Ursprung und Schöpfer aller Dinge zurück zu kehren. Dieser Ruf darf nicht durch säkularisierte Heilungsversprechen oder anthropozentrierte Ersatzmaßnahmen außer Kraft gesetzt werden.

3. DER NEUE MENSCH

Auch die Heilsabsicht Gottes zielt auf den ganzen Menschen.²² Als Jesus dokumentierte, dass das messianische Zeitalter mit seinem Kommen angebrochen war, zeigte er dies durch das Heilen und Befreien der Menschen in einem umfassenden Sinn²³ und bewies dadurch seine messianische Sendung: der Messias wird die Schöpfung erneuern – und er fängt bei



seinem direkten „Ansprechpartner“ bezüglich seiner Schöpfung an, dem Menschen. Dieser muss allerdings ganz neu und von Grund auf seinen Bezug zum Schöpfer wieder finden.

Allerdings ist der erste Schritt dazu nicht primär die leibliche, sondern die geistliche Zurechtbringung.²⁴ Es gibt ein Primat der geistbezogenen Gottesbeziehung, die aber nicht mit einer Abwertung oder Verachtung der leiblichen Existenz einher geht.²⁵ Der Körper und auch das Innere des Menschen – Verstand, Wille, Gefühl, Motivation etc. – werden dabei nicht von einer geistlichen Bedeutung des Menschen abgekoppelt oder könnten eine unabhängige Behandlung erfahren.²⁶

Die Bibel spaltet die Wirklichkeit nicht in einen Bereich auf, der Gott entzogen ist und einen, zu dem Gott Zugang hat. Vielmehr ist er der Herr der ganzen Erde, die er dann auch zu seiner Zeit erneuern wird.²⁷ Für die Gegenwart gilt: Begrenzungen, Einschränkungen, Erfahrung von Leid und Schmerz, werden nicht glorifiziert („Märtyrerkomplex“), müssen aber trotzdem als etwas gesehen werden, was auch geduldet und getragen werden muss und nicht einfach immer überwunden werden kann. Partielle Heilung, Hilfe ist möglich, das Tragen der Last, das Vermitteln der Barmherzigkeit Gottes steht nicht im Widerspruch zu der Aussage, dass wir in einer gefallenen Situation leben. Es ist nur wichtig, dass der Prozess der Veränderung wiederum nicht eine Sache säkularer Heilungsmethoden sein kann, wenn es um die geist-seelisch-leibliche Einheit des Menschen geht. Der Christ hat vielmehr die Sicht, dass sein Menschsein bereits im Hier und Heute auf die neue Schöpfung Gottes angelegt ist.

Diesem Anspruch, diesem Auftrag, kann und darf sich der Seelsorger im Gegensatz zu einem auf die Immanenz angelegten Therapeuten an keiner Stelle entziehen. Er teilt seine Existenz nicht auf, genauso wenig wie der Chirurg den Menschen, den er vor sich sieht, nur als „Lunge“ oder als „Hüftgelenk“ wahrnehmen sollte (wenn dies auch im Sprachgebrauch der OPs manchmal so scheinen mag). Das heißt nicht, dass es nicht methodische Zwischenwege

geben könnte. Sie dürfen aber keine Eigendynamik entfalten und als methodisches Gesetz kein Korsett für das souveräne Handeln Gottes darstellen. Nach biblischem Verständnis dient der Leib schon jetzt dazu, mit der geistig-seelischen Erneuerung konform zu gehen, auch wenn er ein unvollkommenes „Werkzeug“ ist. Der Widerspruch zwischen sterblicher Existenz und dem Wissen um das ewige Leben, wird schmerzlich erfahren, aber auch als große Herausforderung für die praktische Heiligung²⁸ gesehen. Dazu dient der einzig vollkommene Mensch, der in der Geschichte aufgetreten ist, das ist Christus, als Maßstab.

Er ist aber auch der Inhalt dieser Erneuerung: Der Christ ist ein Mensch, der sich analog zur Person Christi entfaltet, weil Christus zuerst Herr der Gemeinde ist, dann aber auch Herr der ganzen Schöpfung. Dies spiegelt sich in der Art und Weise wider, wie alle Lebensbereiche und -bezüge auf Christus hin angelegt sind.²⁹ Das Bild Gottes im Menschen, der Mensch als im Bild Gottes geschaffen, wird nicht „an sich“ wiederhergestellt, sondern als Neuschöpfung in Christus.³⁰ Der Römerbrief im 5. Kapitel thematisiert die Abhängigkeit des natürlichen Menschen von diesem ersten Menschen, Adam, und weist auf die Abhängigkeit der neuen, erlösten Menschennatur, den zweiten Adam hin. Entsprechend wird für die christliche Seelsorge ein völlig neuer Zusammenhang sichtbar: Der Mensch „in Christus“ ist ein konkretes Gegenüber, keine rein „spirituelle“ Angelegenheit. Paulus bezieht das auf seinen gesamten Dienst und seinen Umgang mit den Menschen, die nicht mehr nach ihrer natürlichen, von Gott losgelösten Voraussetzungen verstanden werden, sondern aus dem Dienst der Versöhnung heraus, den Gott selbst eingeleitet hat.³¹

Aus all diesem folgt, dass der Mensch, dessen „Seele“ gesund werden soll, aus biblischer Sicht in allen Phasen, in denen er sich befindet, diesem Prozess untergeordnet werden müsste. Nicht der Seelsorger sorgt sich um die Seele des Menschen, sondern er vermittelt die Zusammenhänge der gebrochenen Existenz des Menschen auf verständliche Art und Weise, so dass sowohl in der Diag-

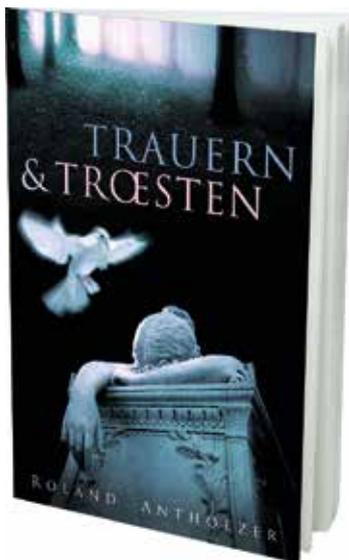
nostik als auch bei der Hilfestellung der Zugang Gottes zum Herzen des Ratsuchenden nicht versperrt wird. Mit anderen Worten, dem Wort Gottes Raum zu geben, dass es gehört, verstanden und angenommen wird, ist die oberste Priorität, will man den Menschen als ein im besten biblischen Sinn „geistliches Gegenüber“ nicht verlieren.

Nicht der Seelsorger sorgt sich um die Seele des Menschen, sondern er vermittelt die Zusammenhänge der gebrochenen Existenz des Menschen auf verständliche Art und Weise.

Eine humanistische, säkularistische oder anthropozentrische Sicht vom Menschen, die den Menschen als ein entwicklungsfähiges, steuerbares Wesen zeigt, unternimmt dagegen den Versuch, aufgrund einzelner Erfahrungsaspekte einen Weg zu zeigen, wie die Folgen des Sündenfalls teilweise aufgehoben werden können. Der biblisch motivierte Seelsorger weiß um die Begrenztheit aller menschlichen Hilfe und wird sowohl das Wort als auch die Diakonie (dazu gehört auch der Bereich der Humanmedizin) in den Dienst dieses Auftrags stellen wollen. Lebenserleichterung und -hilfe haben keinen Selbstzweckcharakter, sondern sind Zeugnis von der umfassenden Fürsorge Gottes für den Menschen. Leiden, auch schwerere geistig-seelische Störungen sind eine Anfrage, wie und wo der Gott des Lebens eingreifen kann und bringen den Schrei nach umfassender Erlösung mit sich. Wann und wo nun praktische Hilfen, Aufklärung, Trost, Rat, Ermutigung zu geben sind, das alles wird zunächst durch den schöpferbezogenen und heilsgeschichtlichen Bezug vorgegeben und kann mit Erfahrungswissen und Einsicht in somatische und innerseelische Zusammenhänge³² verbunden werden. ■

Fußnoten

Aufgrund des hohen Umfangs der Fußnoten verweisen wir an dieser Stelle auf die Online-Version des Artikels auf kfg.org



Roland Antholzer
Trauern und Trösten

CMD / AGANDO, Pb., 124 S., ISBN: 978-3-945973-57-8, Art.-Nr.: 4,90 Euro

Dieses Buch ist ein Beitrag für die Seelsorge an trauernden Menschen. Es vermittelt ein fachlich und biblisch begründetes Verständnis der Trauer und führt in die seelsorgerliche Aufgabe des Tröstens ein. Der Autor zeigt auf, welche Fehler beim Trösten zu vermeiden sind und möchte den Seelsorger zu richtigem, biblischem Trösten zurüsten.

Ausführlich wird der Sinn von Leiderfahrungen diskutiert, und es werden hilfreiche Einsichten für deren Bewältigung vermittelt. Bei alledem hat der Autor immer auch den Betroffenen im Blick, der beim Lesen des Buchs auch für sich selbst Hilfe und Trost erfahren soll.

Roland Antholzer

Lehrbücher der Biblischen Seelsorge von Roland Antholzer (GIBB)
als Bundle - Bücher und DVDs

Alle Artikel sind bei CMV-Hagedorn, Düsseldorf, zu beziehen

Seelsorge Kursbuch 1, Grundkurs mit DVD 1+2, Artikel Nr.: 4211178

Der erste Band des Lehrbuchs Biblische Seelsorge behandelt die „Seelsorge-Praxis in der Gemeinde“. Es werden 12 Lektionen grundlegende Themen behandelt, etwa: das Problem verstehen etc.

Seelsorge Kursbuch 2, Grundkurs mit DVD 3+4, Artikel Nr.: 4211179

Der zweite Band des Lehrbuchs Biblische Seelsorge behandelt die theologischen Grundlagen der Seelsorge. 12 Lektionen werden behandelt – u.a. Biblische Anthropologie, die Lehre von der Sünde, Heilsgewissheit und Heilssicherheit, die Bedeutung der Vergebung, biblische Heilungslehre etc.

Seelsorge Kursbuch 3, Aufbaukurs mit DVD 1+2, Artikel Nr.: 4211180

Der dritte Band zeigt eine biblische Psychologie in Ansätzen auf, bezieht aber auch wissenschaftlich-psychologische Erkenntnisse mit ein, deren Kenntnis in der Seelsorge nützlich sein können, z.B. wie psychische Probleme entstehen usw.

Seelsorge Kursbuch 4, Aufbaukurs mit DVD 3+4 Artikel Nr.: 4211181

Dieser vierte Band des Lehrbuchs Biblische Seelsorge behandelt die psychiatrischen Grundlagen für die Gemeinde. In 12 Lektionen werden Themen wie Depressionen, Suchtkrankheiten, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien etc. behandelt.



Armin Mauerhofer

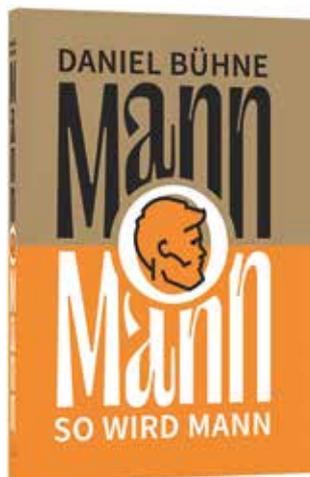
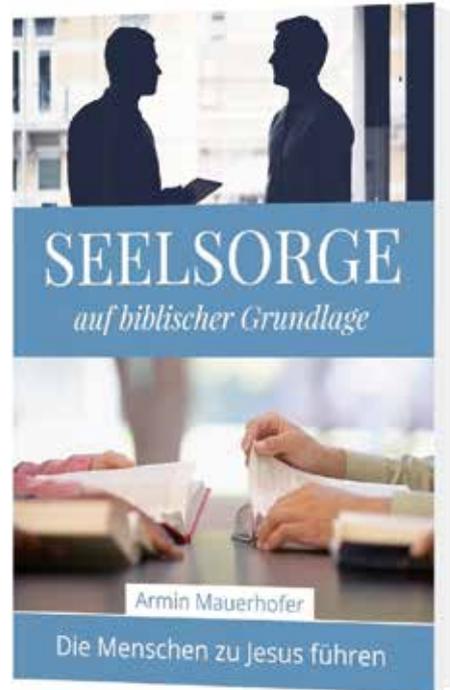
Seelsorge auf biblischer Grundlage

VTR / CMD, Pb., 244 Seiten, ISBN: 978-3-941750-30-2, Art.Nr.: 860430, 14,90 Euro

Armin Mauerhofer hat langjährige praktische Erfahrung in der Seelsorge. Er legt mit diesem Buch ein bibel- und christusorientiertes Seelsorgewerk vor, das sowohl theoretische Grundlagen, als auch praktische Umsetzungshilfen entfaltet.

Im theoretischen ersten Teil legt er zunächst das biblische Menschenbild dar, das seiner Seelsorgelehre zugrunde liegt. Zudem zeigt er, welche Voraussetzungen ein Seelsorger mitbringen sollte. Daraufhin folgt die Entfaltung der wichtigsten methodischen Schritte in der Seelsorge: 1. Die Diagnose, 2. Den Menschen zu Jesus führen, 3. Beraten und begleiten, 4. Abschließen.

In dem praktisch-orientierten zweiten Teil geht Mauerhofer konkret auf verschiedene Situationen in der Seelsorge ein und zeigt wie christusorientierte Seelsorge aussehen kann. Folgende Seelsorgesituationen kommen hier zur Sprache: – Die Seelsorge an kranken, sterbenden und trauernden Menschen – Seelsorge an Depressiven, Suizidgefährdeten sowie Menschen, die unter Zwängen, Ängsten oder an einer Schizophrenie leiden – Seelsorge an süchtigen Menschen (Alkohol, Nikotin, Drogen, gestörtes Essverhalten ...) – Eheseelsorge.



**Daniel Bühne
Mann o Mann**

CLV, Tb., 128 S., ISBN: 978-3-86699-426-3, Art.-Nr.: 256426, 4,90 Euro

Pumper? Protzer? Papa? Wann ist ein Mann ein wahrer Mann? Dieses Buch hat die endgültige Antwort! Moment. Echt jetzt? Jein.

Dieses Buch schaut sich den Mann der Männer schlechthin an: König David aus der Bibel, den Gott selbst »Mann nach dem Herzen Gottes« genannt hat. An Davids Beispiel werden acht Aspekte von echter Männlichkeit deutlich. Eine Männlichkeit, die Gott gefällt.

Wie Du heute lebst, wirst Du morgen sein. Und übermorgen wahrscheinlich auch. Also höchste Zeit für dieses Buch!

Abdul Memra

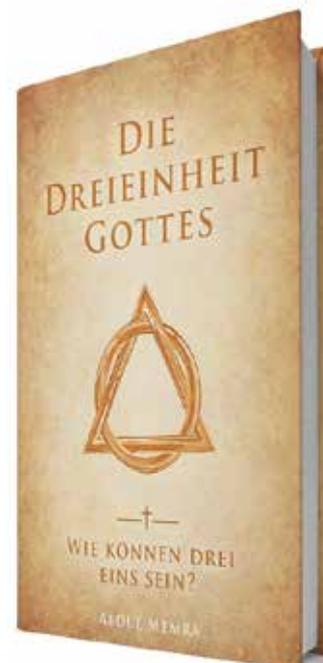
DIE DREIEINHEIT GOTTES – Wie können Drei eins sein?

CMD / AGANDO, Hardcover, ca. 250 Seiten, ISBN: 978-3-945973-63-9, Best.-Nr.: 250968, 14,99 Euro

Ist die Lehre der Dreieinheit eine biblische Lehre oder geht sie auf eine Erfindung menschlicher Philosophien zurück? Was sagen in diesem Kontext die hebräischen und griechischen Schriften? Wer ist JHWH, der Gott Israels? Ist Jesus Christus wirklich Gott? Was ist mit dem Heiligen Geist? Diese Fragen und weitere Inhalte werden im Zusammenhang des Alten und Neuen Testaments beantwortet.

Der Autor analysiert die Thematik anhand verschiedenster Bibelstellen. Dabei wird ein gründliches und systematisches Werk zu diesem komplexen Thema vorgestellt. Die Auslegungen sind gründlich, verständlich und in einem apologetischen Stil aufgebaut.

Wie sehen die Pro- und Contra-Argumente aus? Welche sind wirklich auf die Bibel gegründet? Usw. Leser, die sich dem schwierigen Thema der Dreieinheit – Dreieinigkeit – Dreifaltigkeit nähern wollen, werden hilfreiche Antworten finden.



PSYCHOPHARMAKA SEGEN ODER FLUCH?

Dr. Martin Schumacher, Schweiz

Psychopharmaka werden vor allem von Christen sehr kontrovers beurteilt. Die einen sehen in ihnen einen Segen, die anderen bezeichnen sie als „Teufelszeug“, das man auf keinen Fall einnehmen sollte. Dieser Artikel hat das Ziel, Hinweise für ein besseres Verständnis und eine angemessene Beurteilung von Psychopharmaka zu geben. Dabei sollen auch praktische Hinweise für Interessierte und Betroffene nicht zu kurz kommen.

WAS SIND PSYCHOPHARMAKA

Psychopharmaka (im Folgenden mit PP abgekürzt) sind ganz allgemein Stoffe (Chemikalien oder Pflanzenextrakte), die eine erwünschte Wirkung auf die Psyche ausüben. In Wikipedia findet sich folgende Definition: „Ein Psychopharmakon (Plural: Psychopharmaka) ist eine psychoaktive Substanz, die als Arzneistoff genutzt wird. Sie beeinflusst die neuronalen Abläufe im Gehirn und bewirkt dadurch eine Veränderung der psychischen Verfassung.“ Alle PP sind chemische Substanzen, die als solche völlig wertneutral sind. Die Unterscheidung zwischen ärztlich verordneten PP und „Drogen“ (z. B. Heroin, Kokain, Methylamphetamin/Crack) ist aus pharmakologischer Sicht willkürlich und behördlichen Ent-

scheidungen geschuldet. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass aus pharmakologischer Sicht kein prinzipieller Unterschied zwischen Medikamenten (Ritalin®, Attentin® und Elvanse®) zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Rauschdrogen wie Methamphetamin (Meth, Crystal) und Kokain besteht. Auch die altbekannte halluzinogene Rauschdroge Ketamin wird neuerdings zur Behandlung therapieresistenter Depressionen eingesetzt (Ketalar®, Ketanest S®).

Bereits in der Antike benutzte man pflanzliche Substanzen wie Opium, Kokain, Cannabis oder auch Alkohol zur medizinischen Beeinflussung der Psyche. Mit dem Aufkommen der organisch-chemischen Industrie im 19. Jahrhundert wurden ab etwa 1870

die ersten synthetischen PP hergestellt und in der Medizin eingesetzt. In den 30er und 40er-Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte man die Psychostimulanzien Amphetamin und Methphenidat (Ritalin®). Im Jahr 1949 entdeckten Forscher die antimaniische Wirkung von Lithiumsalzen. Die beiden Jahrzehnte zwischen 1950 und 1970 werden als „goldenes Zeitalter“ der Psychopharmakologie bezeichnet. In diesen Jahren wurde eine ganze Reihe völlig neuer psychoaktiver Wirkstoffe zur Behandlung von Psychosen, Depressionen und Angstzuständen entdeckt, die die therapeutischen Möglichkeiten der Psychiatrie revolutionierten.

Der Einsatz von Substanzen zur Beeinflussung der Psyche hat eine sehr lange Tradition. Seit den 1950er-Jahren, mit der Entdeckung der Neuroleptika, Antidepressiva und Benzodiazepine (z. B. Valium®), hat die Anwendung dieser modernen PP explosionsartig zugenommen. Allerdings wurden in den letzten 50 Jahren keine wirklich neuen PP entwickelt. Vielmehr sind die älteren Präparate den neueren in ihrer Wirksamkeit oft überlegen. Die neuesten Entwicklungen auf diesem Gebiet mit der erfolgten Zulassung von Ketamin / Esketamin und dem Trend zum Einsatz von Ectacy, Psilocybin und anderen Hallozinigenen zur Behandlung von psychischen Störungen, ist besorgniserregend.

WIE SIEHT DIE VERSCHREIBUNGSPRAXIS VON PSYCHOPHARMAKA AUS?

Im Jahr 2021 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 2,5 Milliarden Tagesdosen PP verordnet. Gemessen an der Zahl der Verordnungen (Rezepte) in der BRD standen PP im selben Jahr an dritter Stelle. Diese Zahlen weisen auf ein gravierendes Problem hin. Wenn man bedenkt, dass es vor 1950 nur sehr wenige Verordnungen von PP gab (alle wichtigen PP wurden erst später entdeckt und auf den Markt gebracht), wird der rasante Aufstieg dieser Medikamente deutlich. Der Anstieg der Verschreibungszahlen ist bis heute ungebrochen. An der Spitze stehen die Antidepressiva. Die Zahl der Tagesdosen dieser Medikamente hat sich in den letzten 40 Jahren mehr als verzehnfacht!

Wie lässt sich dieser hohe Ge-

brauch von PP erklären? Hier spielen mehrere Faktoren eine wichtige Rolle.

1. Mit der Entdeckung der modernen PP und Neurotransmitter (Botenstoffe des Nervensystems) begann der Niedergang des psychodynamischen Verständnisses psychischer Störungen, das davon ausging, dass diese Störungen durch psychische Faktoren verursacht werden, und wurde durch ein biologisches Modell ersetzt. Unter der Annahme, dass biologische Faktoren (z. B. Neurotransmitter-Ungleichgewichte) die eigentliche Ursache psychischer Probleme sind, ist eine Therapie mit chemischen Substanzen, die diese postulierten Ungleichgewichte korrigieren, verständlich.

2. Darüber hinaus wird bei immer mehr Menschen eine psychische Störung diagnostiziert. Die Grenzen zwischen „normal“ und „krank“ verschwimmen zunehmend, neue Diagnosen kommen hinzu und damit steigt zwangsläufig auch die Zahl der Menschen mit psychischen Störungen (Frances 2014).

Früher als normal angesehene Charaktereigenschaften wie Schüchternheit oder Ängstlichkeit und verständliche psychische Reaktionen auf Probleme des Lebens werden heute zunehmend pathologisiert und häufig medikamentös behandelt. Die offiziellen Verzeichnisse psychischer Störungen (ICD-10 und DSM-5) enthalten mittlerweile über 400 verschiedene Einträge. Eine psychische Beeinträchtigung wird in erster Linie durch das Vorliegen mehrerer Symptome definiert. Da die Symptome jedoch nicht spezifisch sind und ein und dasselbe Symptom häufig für mehrere verschiedene Störungen aufgeführt wird, führt dies leicht zu einer „Multimorbidität“, d. h. zur gleichzeitigen Diagnose mehrerer psychischer Störungen, die in der Regel jeweils mit einem anderen Psychopharmakon behandelt werden. So kann es schnell vorkommen, dass eine Person mit den Diagnosen Schizophrenie, Depression und Ängsten drei oder mehr verschiedene PP verschrieben bekommt, obwohl es sich in Wirklichkeit nur um Symptome eines einzigen Problems handelt. Häufig erhalten auch Patienten mit nur einer psychiatrischen Diagnose gleichzeitig mehrere PP. Diese „Po-

lypharmazie“ ist ein Merkmal der modernen psychiatrischen Praxis, das es zu vermeiden gilt.

3. Darüber hinaus tragen auch Veränderungen in der modernen Gesellschaft und im persönlichen Lebensstil dazu bei, dass immer mehr Menschen psychische Probleme haben.

Moderne Antidepressiva und Neuroleptika werden nicht mehr nur bei Depressionen oder Psychosen eingesetzt, sondern auch bei ganz anderen Indikationen wie Ängsten, Zwängen, Persönlichkeitsstörungen, Schlafproblemen, Demenz und vielem mehr. Professor Bschor nennt in seinem Buch zwanzig Gründe für die hohen Verschreibungszahlen von PP, insbesondere von Antidepressiva (Bschor 2018).

Besonders gefährdete Patientengruppen, bei denen PP eingesetzt werden, sind Kinder, Jugendliche und ältere Menschen. Hier ist Vorsicht und Zurückhaltung geboten.

Früher als normal angesehene Charaktereigenschaften wie Schüchternheit oder Ängstlichkeit und verständliche psychische Reaktionen auf Probleme des Lebens werden heute zunehmend pathologisiert und häufig medikamentös behandelt.

HYPOTHESEN ÜBER DIE URSACHEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Die ersten synthetischen PP wurden alle durch Zufall entdeckt. Die Erforschung der Wirkmechanismen von Antidepressiva und Neuroleptika erhielt durch die Entdeckung der Neurotransmitter einen starken Auftrieb. Bald darauf stellte man erste Hypothesen über die biochemischen Ursachen psychischer Störungen auf. Diese basieren auf den pharmakologischen Wirkmechanismen der PP und gehen davon aus, dass sich dadurch die zugrunde liegende biologische Fehlfunktion der psychischen Störung erklären lässt. Die Serotonin-Hypothese der Depression besagt, die Ursache einer Depression liege in einem Mangel des Neurotransmitters Serotonin im

Krankheitszentriertes Modell	Wirkstoffzentriertes Modell
PP korrigieren einen unnormalen Zustand des Gehirns	PP erzeugen einen unnormalen Zustand des Gehirns
PP wirken spezifisch auf Krankheiten	PP sind psychoaktive Substanzen
Die therapeutischen Effekte beruhen auf der Wirkung auf die Pathologie der Krankheit oder dem biologischen Mechanismus, der die Symptome erzeugt	Hilfreiche Effekte sind das Produkt von wirkstoffinduzierten Veränderungen der normalen Hirnfunktion
PP wirken bei „Kranken“ anders als bei Gesunden	PP zeigen bei „Kranken“ und bei Gesunden die gleichen Wirkungen
Beispiele: Insulin bei Diabetes, Antibiotika bei bakteriellen Infektionen	Beispiel: Alkohol bei sozialer Phobie

synaptischen Spalt, dem Hohlraum zwischen den Enden zweier Nervenzellen. Andere Forscher haben anstelle eines Serotoninmangels den Mangel eines anderen Neurotransmitters, des Noradrenalins, als Ursache von Depressionen vorgeschlagen.

Die Dopamin-Hypothese der Schizophrenie besagt, dass Schizophrenie durch einen Überschuss (bzw. eine Überaktivität) des Neurotransmitters Dopamin verursacht wird. Diese Hypothesen sind attraktiv, weil sie auf elegante Weise die postulierten Ursachen psychischer Störungen mit deren Behebung oder Korrektur verbinden. Sie werden auch heute noch herangezogen, um Betroffenen und Angehörigen die Ursache ihrer Probleme und die Wirkungsweise von PP zu erklären. Häufig wird ein Vergleich mit der Zuckerkrankheit (Insulinmangel bzw. Insulinresistenz) und deren Behandlung durch Insulinspritzen angeführt. Dort gleicht man einen offensichtlichen Mangel durch die Verabreichung des fehlenden natürlichen Hormons Insulin aus. Ein Vergleich mit den oben genannten Neurotransmitter-Hypothesen ist jedoch nicht zulässig. Was für Diabetes und seine Behandlung gilt, trifft auf psychische Störungen nicht zu.

DEPRESSION:

DIE SEROTONINMANGEL-HYPOTHESE

Es gibt eine ganze Reihe von Beobachtungen und Fakten, die den beiden genannten Hypothesen widersprechen, und sie wurden auch nie

wissenschaftlich bewiesen. Der bekannte deutsche Psychiatrieprofessor und Depressionsexperte Tom Bschor bezeichnet die Serotonin-Hypothese der Depression als „das Märchen vom Serotoninmangel“. Die tatsächlichen Ursachen psychischer Störungen sind offensichtlich wesentlich komplexer als die genannten einfachen Hypothesen und es gibt bis heute keine allgemein anerkannten Modelle und Erklärungen.

WIRKUNGEN DER PSYCHOPHARMAKA

Alle PP beeinflussen einen oder mehrere neurochemische Vorgänge im Gehirn. Dieses reagiert, indem es sich an den durch das Medikament hervorgerufenen neuen Zustand anpasst und ihn zu kompensieren versucht. Insbesondere nach längerer Einnahme von PP kann es daher zu einer Verschlechterung oder Chronifizierung und zu Problemen beim Absetzen kommen.

Der durch PP erzeugte neue neurochemische Zustand kann von den Betroffenen als hilfreich empfunden werden. Die subjektiv empfundene hilfreiche Wirkung eines Psychopharmakons setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen. Es sind dies vor allem der Placeboeffekt, die natürliche Heilungstendenz des psychischen Leidens und der Anteil, der auf das Medikament selbst zurückzuführen ist.

In der oben dargestellten Tabelle werden aus einem Buch der englischen Psychiatrieprofessorin Joanna

Moncrieff zwei verschiedene Modelle der Wirkungsweise von PP vorgestellt. Das wirkstoffzentrierte Modell beschreibt meiner Meinung nach die wissenschaftlichen Beobachtungen zutreffender.

Der Begriff „Antidepressiva“ ist irreführend. Der Name suggeriert, dass diese Medikamente gezielt gegen Depressionen wirken. Das ist aber nicht der Fall. Sie wirken nicht bei jeder „Depression“ (siehe nächster Abschnitt) und man setzt sie auch bei vielen anderen psychiatrischen Krankheitsbildern (z. B. Ängsten und Zwängen) ein. Gleiches gilt für Antipsychotika (früher Neuroleptika genannt), die nicht spezifisch bei Psychosen wirken, sondern auch bei vielen anderen psychischen Problemen verschrieben werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass PP psychische Störungen nicht im Sinne einer heilenden Wirkung beeinflussen, sondern eher eine unspezifische Unterdrückung von Symptomen bewirken. In dieser Hinsicht kann man sie mit Medikamenten (z. B. Aspirin®, Ibuprofen®) zur Behandlung von Fieber oder Schmerzen vergleichen.

ARTEN VON PSYCHISCHEN STÖRUNGEN UND IHRE DIAGNOSE

Für die Behandlung psychischer Störungen ist die richtige Diagnose von entscheidender Bedeutung. In allen anderen medizinischen Disziplinen spielen körperliche Untersuchungen, Laboranalysen, bildgebende Verfahren usw. eine maßgebliche Rolle für die Diagnose einer Krankheit. In der Psychiatrie ist dies anders, da die biologischen Ursachen der meisten psychischen Störungen nicht bekannt sind und es daher auch keine spezifischen Untersuchungen gibt. Deshalb werden Krankheitsbilder anhand von Symptomen definiert. Diese Definitionen finden sich in der ICD-10 (10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, herausgegeben von der WHO).

In Kapitel V dieses Diagnosemanuals sind die psychischen Störungen aufgelistet und jeweils mit einem Code versehen (z. B.



F20.0: Paranoide Schizophrenie). Da die Ursachen in der Regel nicht bekannt sind, wird nicht der Begriff psychische „Krankheit“, sondern immer der unspezifische Begriff „Störung“ verwendet. Wichtige Gruppen psychischer Störungen sind unter anderem psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (bei Drogenmissbrauch und Abhängigkeit), Schizophrenie und wahnhafte Störungen, affektive Störungen (Depression, Manie, bipolare Störung), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. Ängste, Panikattacken, psychosomatische Störungen) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (z. B. „Borderline“).

Psychiatrische Symptome sind unspezifisch und lassen keine Rückschlüsse auf ihre Ursache zu. Beispielsweise kann das Symptom „Atemnot“ (Dyspnoe) durch völlig unterschiedliche Erkrankungen verursacht werden, z. B. durch einen Herzinfarkt, eine Lungenembolie, eine Lungenentzündung, Asthma oder COPD. Es liegt auf der Hand, dass die spezifische Therapie je nach Ursache sehr unterschiedlich sein muss: z. B. ein Bronchodilatator oder Kortison bei Asthma und ein Antibiotikum bei einer (bakteriellen) Lungenentzündung.

Eine der häufigsten psychiatrischen Diagnosen ist eine Depression (Ehrenberg 2015, Giger-Bütler 2023, Hari 2021). Sie wird diagnostiziert, wenn einige relevante Symptome vorliegen. Auch hier können sehr unterschiedliche Ursachen die gleiche Symptomatik hervorrufen. In der Praxis werden jedoch meist keine weiteren medizinischen Abklärungen durchgeführt und in der Regel alle Patienten mit einem Antidepressivum behandelt. Es ist offensichtlich, dass Depressionen, die durch Ehe- oder Beziehungsprobleme, chronischen Stress, erlittene Traumata, Verluste oder Sünde (z. B. nach Abtreibung eines Kindes) ausgelöst werden, nicht das Gleiche sind wie eine schwere Depression, die ohne erkennbaren Grund („aus heiterem Himmel“) immer wieder auftritt und mit vielen körperlichen Symptomen einhergeht (früher Melancholie genannt). Bei den erstgenannten Gründen ist eine Behandlung mit Antidepressiva nicht angezeigt. Sie kann sogar schädlich

sein, da sie die Lösung der zugrundeliegenden Probleme verhindern kann.

Psychosoziale Probleme lassen sich mit PP nicht lösen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Antidepressiva in solchen Fällen keine klinisch relevante, das heißt über den Placeboeffekt hinausgehende Wirksamkeit zeigen. Die Erkenntnisse aus diesem Beispiel sind auch auf andere psychische Störungen, einschließlich der Schizophrenie, übertragbar. In jedem Fall muss eine umfassende (über die Symptomebene hinausgehende) Abklärung erfolgen. Nur in relativ wenigen Fällen ist eine medikamentöse Behandlung mit PP notwendig und sinnvoll.

WIE HÄUFIG SIND PSYCHISCHE STÖRUNGEN?

Das Bundesministerium für Gesundheit der BRD teilt mit (Stand: Juli 2023), dass fast jeder dritte Mensch im Laufe seines Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leidet. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) berichtet, dass in Deutschland jährlich etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (Stand: Oktober 2020). Psychische Erkrankungen gehören in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen (d. h. Krebs) und Muskel-Skelett-Erkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust an gesunden Lebensjahren. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um etwa zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung.

Die Deutsche Rentenversicherung (Stand Nov. 2021) gibt an, dass die Zahl der Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen von 51.500 (2000) auf 73.000 (2020) gestiegen ist (+42%). Auch der Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen ist im gleichen Zeitraum von 24,2% auf 41,5% gestiegen. Wie lässt sich diese besorgniserregende Entwicklung erklären? Und dies trotz der hohen Verordnungszahlen von PP? Der amerikanische Journalist Robert Whitaker hat zu diesem Thema ein sehr informatives Buch geschrieben, in dem er diese Entwicklung

beschreibt und die Rolle der PP mit vielen wissenschaftlichen Belegen beleuchtet (Whitaker 2024).

Eine der häufigsten psychiatrischen Diagnosen ist eine Depression. Auch hier können sehr unterschiedliche Ursachen die gleiche Symptomatik hervorrufen. In der Praxis werden jedoch meist keine weiteren medizinischen Abklärungen durchgeführt und in der Regel alle Patienten mit einem Antidepressivum behandelt.

ZUSAMMENFASSUNG

PP stehen in einer sehr kontroversen Diskussion: Auf der einen Seite werden sie völlig abgelehnt, auf der anderen Seite als Lösung für alle psychischen Probleme angesehen. Die meisten Mediziner stehen den PP, auch wenn sie die Grenzen ihrer Wirksamkeit und ihre Nebenwirkungen anerkennen, in der Regel durchaus positiv gegenüber. Es gibt aber auch eine ganze Reihe renommierter deutscher und internationaler Professoren der Psychiatrie, Pharmakologie und Psychologie, die seit Jahrzehnten vor einer Überbewertung der Wirksamkeit und vor zum Teil schwerwiegenden Nebenwirkungen warnen. Viele verschiedene körperliche Erkrankungen können psychiatrische Symptome hervorrufen. Ebenso rein psychische Faktoren wie chronischer Stress oder der Verlust eines nahestehenden Menschen. Das psychiatrische Krankheitsbild kann in allen Fällen gleich aussehen und lässt keine Rückschlüsse auf die Ursache zu. Für Interessierte steht eine ausführliche Abhandlung über Psychopharmaka zur Verfügung (Schumacher 2021).¹

Fußnoten

¹ Eine umfangreiche Abhandlung des Autors zum Thema Psychopharmaka mit vielen kommentierten Literaturhinweisen kann kostenlos hier heruntergeladen werden: <https://biblische-lehre-wm.de/wp-content/uploads/Psychopharmaka-und-Seelsorge-MSchumacher.pdf>

Alle weiteren Quellenangaben finden Sie in der Online-Version dieses Artikels auf www.kfg.org

KÖRPERLICHE URSACHEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Dr. Martin Schumacher, Schweiz

„Unspezifische Verhaltens- und Stimmungsänderungen sind oft das erste und manchmal für längere Zeit das einzige und ausschließliche Anzeichen für eine unerkannte körperliche Erkrankung. Durch ihre offensichtliche und überzeugende "psychologische" Natur und Präsentation führen solche maskierten körperlichen Zustände den Arzt häufig in die Irre und verhindern so jede weitere medizinische (d.h. somatische) Untersuchung, was zu Fehldiagnosen und damit zwangsläufig zu einer fehlgeleiteten Behandlung führt.“

Erwin Koranyi (1924 – 2012), kanadischer Psychiatrieprofessor

Depressionen, Psychosen, Zwänge, Ängste und Panik – was ist die Ursache all dieser und anderer psychischen Störungen? Die Antwort auf diese Frage ist nicht so eindeutig, wie viele es sich wünschen würden. Manche sind überzeugt, dass die Ursache psychischer Probleme in den Sünden der Leidenden oder ihrer mangelhaften Gottesbeziehung liegt, andere orten sie in unverarbeiteten Konflikten der Kindheit, erlittenen Traumata, negativen Einflüssen der Umwelt, den Genen oder in einem Ungleichgewicht der Neurotransmitter.

Der Mensch ist ein komplexes Geschöpf, der zudem auch noch Teil sozialer Systeme wie Familie und Gesellschaft ist. Er ist eine Einheit aus Körper und Geist-Seele (1Mo 2,7), die sehr eng miteinander verbunden sind und sich gegenseitig

beeinflussen. Diese einfachen Feststellungen deuten schon darauf hin, dass es viele verschiedene mögliche Ursachen psychischer Störungen gibt. Der Einfluss der Seele (gr. Psyche) auf den Körper (gr. Soma) ist den meisten gut bekannt und wird auch in der Bibel bezeugt (z. B. Spr 17,22; Ps 32,3). Mit dieser Thematik beschäftigt sich die medizinische Fachrichtung der Psychosomatik. Es gibt jedoch in umgekehrter Richtung auch den Einfluss des Körpers auf die Seele, der weniger gut bekannt ist. Dieser spezielle Zusammenhang und sein Einfluss auf die seelische Gesundheit soll der Gegenstand dieses Artikels sein.

MÖGLICHE URSACHEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Über die Ursache(n) psychischer Probleme gibt es unter Christen sehr unterschiedliche Meinungen. In der

modernen Psychiatrie dominiert ein biologisches Modell psychischer Störungen. Dieses Modell konzentriert sich auf die Gene, die Morphologie und die Neurochemie des Gehirns („Ungleichgewichte“ von Neurotransmittern wie Serotonin, Dopamin und Glutamat). Jedoch haben weder das Humangenomprojekt (1990-2003), die Dekade des Gehirns (1990-1999), noch die Einführung moderner bildgebender Verfahren (MRI/MRT, PET, SPECT) das Rätsel der Ursachen psychischer Störungen lösen können. Tatsächlich gibt es bis heute keine biologischen, chemischen oder physikalischen Tests, die eine psychische Störung mit ausreichender Zuverlässigkeit diagnostizieren können. In der Praxis ist es daher üblich, dass ein Psychiater aufgrund eines Gesprächs eine Diagnose stellt. Umfangreiche Laboruntersuchungen, bildgebende Verfahren, genetische Analysen usw. werden in der Regel nicht durchgeführt.

Das triadische System der deutschen Psychiatrie teilt die psychischen Störungen nach den folgenden drei möglichen Ursachen ein:

1. Endogen („im Inneren erzeugt“, bisher unbekannte Ursache, genetische Komponente wird vermutet)
2. Psychogen („in der Psyche begründet“, oft auch neurotisch oder reaktiv genannt)
3. Exogen („durch äussere Einflüsse entstehend“, körperlich/somatisch/organisch bedingt)

Zur ersten Gruppe gehören die endogenen Psychosen (melancholische Depression, Manie, bipolare Störungen, Schizophrenien und Mischformen), deren Ursachen noch nicht bekannt sind, man aber eine organische Erkrankung annimmt. Der Anteil der Menschen, die während ihres Lebens an einer endogenen Psychose erkranken, beträgt weniger als 5%.

Störungen mit einer exogenen Ursache beruhen auf körperlichen Erkrankungen (nicht nur des Gehirns). Dies ist der Fokus dieses Beitrags. In der Geschichte der Psychiatrie waren die Entdeckungen zur Neurosyphilis grundlegend, da dadurch erstmals eine psychische Krankheit auf eine somatische Ursache (nämlich

der Infektion des Gehirns mit dem Bakterium *Treponema pallidum*) zurückgeführt werden konnte. Eine weitere wichtige Entdeckung auf diesem Gebiet war die Verursachung einer Psychose durch den Mangel eines Vitamins (Niacin/Vitamin B3), der sog. Pellagrapsychose. In dem von der WHO herausgegebenen und bei uns verbindlichen Diagnosemanual ICD-10 werden im Kapitel V, Gruppe F00-F09 (besonders F06 und F07, siehe auch die Einträge unter F02.8), „Organische psychische Störungen“ vorgestellt, die für uns von Interesse sind und eine passende Diagnose bzw. Klassifizierung erlauben (Dilling 2015). Das Wissen über die körperlichen Ursachen ist also vorhanden, kommt jedoch in der Praxis oft nicht zur Anwendung.

Die psychogenen Ursachen seelischer Störungen sind sehr vielfältiger Natur (z. B. eine schwierige Kindheit, belastende Lebensumstände, Stress, Verluste, Beziehungsprobleme, erlittene Traumata). Die Persönlichkeit/ das Temperament der Betroffenen spielt auch eine wichtige Rolle. Auch Auswirkungen der modernen Gesellschaft wie fehlende Beziehungen und Einsamkeit, übermässige Beschäftigung mit elektronischen Medien, ungesunde Ernährung („Fastfood“) oder Schlafmangel sind mögliche Gründe. Das Aussehen solcher psychogen verursachter Störungen umfasst die ganze Breite der psychiatrischen Krankheitsbilder. Zu dieser Gruppe gehört die Mehrzahl der auftretenden psychischen Störungen.

Sogar schizophrenieähnliche Krankheitsbilder können psychogen verursacht werden. In der Regel treten diese Krankheitsbilder spontan auf, dauern nur wenige Wochen und haben bei Elimination der auslösenden Faktoren eine gute Prognose.

In der Psychiatrie hat man vor etwa 40 Jahren die Diagnose psychischer Störungen auf das Vorhandensein bestimmter Symptome (ohne Berücksichtigung der Ursache) umgestellt. Dies ist mit verschiedenen Risiken verbunden, da psychiatrische Symptome unspezifisch sind. So können ganz verschiedene Ursachen wie z. B. ein Karzinom, ein Vitaminmangel oder der Tod eines Kindes das gleiche Krankheitsbild einer Depression

hervorrufen. Auf der anderen Seite ist es so, dass eine bestimmte Ursache, z. B. Syphilis, ganz verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder verursachen kann. Dies deutet schon die Wichtigkeit einer sorgfältigen internistisch-neurologischen Untersuchung zur Abklärung der möglichen Ursache an.

EINE FALLGESCHICHTE

Um die Relevanz und Wichtigkeit des Erkennens der wahren Ursache einer psychischen Störung besser zu verstehen, wollen wir uns nun eine wahre Krankengeschichte vor Augen führen (Lamparter 2018). Ein verheirateter 40-jähriger Verkaufsleiter leidet seit 15 Jahren an ausgeprägten Kopfschmerzen, zeitweisem Schwindel und seit 5 Jahren an einer Abgeschlagenheit, die ihn bei der Ausübung seines anspruchsvollen Berufs behindert. Seine Stimmung ist ängstlich-depressiv. Der Patient ist als Einzelkind, dessen Eltern sich im Alter von 4 Jahren scheiden liessen, unter schwierigen Umständen aufgewachsen. In der Berufswelt hatte er wiederholt Probleme mit Autoritätspersonen. Eine internistische Abklärung ist ohne Befund. Von einem Neurologen, der seine Kopfschmerzen erfolglos behandelt hat, wird er zur Psychotherapie überwiesen, die er jedoch nach 9 Sitzungen abbricht. Die Diagnose lautet „Chronische Kopfschmerzsymptomatik bei Autonomiekonflikt und selbstunsicherer Persönlichkeit“. Eine weitere, später durchgeführte erfolglose Psychotherapie wird nach 22 Sitzungen vom Patienten abgebrochen. Starke einschliessende Schmerzen wurden vom Psychotherapeuten als „Aufschrei der Seele“ interpretiert. Der Chefarzt einer Schmerzambulanz stellte aufgrund einer „bizarren Schmerzschilderung“ gar die Diagnose einer Schizophrenie. Acht Jahre nach dem ersten Arztbesuch hat sich die gesundheitliche Situation körperlich und psychisch sehr verschlechtert. Der Patient ist bettlägerig und berentet. Eine erneute umfassende medizinische Untersuchung zeigt nun die Ursache all der verschiedenen körperlichen und psychischen Symptome: Neurosyphilis. Nach all den Leidensjahren, von denen er die meisten auf der „Psychoschiene“ war, starb der Patient an seiner Syphilisinfektion. Diese wäre in den ersten Jahren seiner

Erkrankung sehr gut behandelbar gewesen.

Wie obige Fallgeschichte zeigt, kann die Fehldiagnose einer körperlichen Erkrankung als psychogen („Psychogener Fehler“) schwerwiegende Folgen haben.

Oft ist es so, dass psychische Symptome die ersten Anzeichen sind und die eigentliche körperliche Erkrankung mit ihrer typischen Symptomatik sich erst viel später manifestiert. Hausärzte haben oft eine nicht ausreichende Kenntnis auf dem Gebiet der somato-psychischen Medizin.

MÖGLICHE KÖRPERLICHE URSACHEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Im Prinzip kann jede Krankheit oder Substanz, die im Gehirn einen pathologischen Zustand erzeugen kann, eine psychische Störung hervorrufen.

Wie die untenstehende Auflistung andeutet, gibt es eine sehr grosse Zahl an möglichen körperlichen Ursachen psychischer Probleme. Fast alle Medikamente (insbesondere, wenn man mehrere gleichzeitig nimmt) können bei prädisponierten Menschen psychische Probleme verursachen, dies gilt insbesondere für Ältere. Unter den Medikamenten sind diejenigen mit einer anticholinergen Wirkung besonders problematisch (es ist eine gewisse Ironie, dass auch manche Psychopharmaka zu dieser Gruppe gehören). Auch viele „normale“ Erkrankungen können psychische Störungen verursachen. Nun werden sich sicher manche die Frage stellen, warum diese Krankheiten nicht behandelt werden und dadurch die psychischen Probleme gar nicht erst entstehen oder wieder verschwinden. Oft ist es so, dass psychische Symptome die ersten Anzeichen sind und die eigentliche körperliche Erkrankung mit ihrer typischen Symptomatik sich erst viel später manifestiert. Hausärzte haben oft eine nicht ausreichende Kenntnis auf dem Gebiet der somato-psychischen Medizin. Dadurch werden wichtige Labortests und andere Untersuchungen nicht

angefordert und so das grundlegende Problem nicht erkannt. Psychiater und Psychotherapeuten führen in der Regel keine körperlichen Untersuchungen durch und vertrauen darauf, dass alles Nötige schon vom Hausarzt oder dem überweisenden Arzt abgeklärt wurde. Auch legen sie ihr Hauptaugenmerk auf die psychiatrischen Symptome, die jedoch leider keinen Rückschluss auf die Ursache zulassen. Die ausgeprägte Spezialisierung in der Medizin (statt einer gesamtheitlichen Betrachtung des Menschen) und die jetzige Situation in der medizinischen Versorgung mit langen Wartezeiten und einem zeitlich nur kurzen Kontakt mit dem Arzt tragen zu dieser Misere bei.

KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN, DIE PSYCHISCHE STÖRUNGEN HERVORRUFEN KÖNNEN

Die untenstehende Auflistung zeigt eine Übersicht der möglichen Ursachen psychischer Störungen mit einigen Beispielen. Weitere körperliche Krankheiten und die am häufigsten von ihnen verursachten psychischen Symptome werden im Anhang gezeigt. Die Anzahl der möglichen Ursachen ist sehr gross und füllt ganze Bücher. So wurden z. B. für die Symptomatik einer Depression hunderte möglicher körperlichen Ursachen beschrieben.

- » Hirntumore, Hirnabzess, Schädel-Hirn Trauma
- » Epilepsien (Temporallappenepilepsie)
- » Endokrine Erkrankungen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere)
- » Gehirnentzündungen (Bakterien, Viren, Pilze, Protozoen, Würmer, Autoimmun)
- » Erbkrankheiten (Chorea Huntington, Morbus Wilson, Porphyrie)
- » Elektrolytstörungen (Hyponatriämie)
- » Krebs (Pankreas, Lunge, Brust, Eierstock, Prostata, Hypophyse)
- » Mangelzustände (Eisen, B-Vitamine, Mineralien, Spurenelemente)
- » Intoxikationen (Schwermetalle, Organische Gifte)
- » Medikamente (Fluorchinolone, Antibiotika, Isoretinoine, Kortison, „Antibabypille“)
- » Autoimmunerkrankungen (Lupus, Multiple Sklerose, Hashimoto, Diabetes Typ I, Zöliakie)

- » Allergien/Unverträglichkeiten (Fruktose-, Laktoseintoleranz)
- » Organerkrankungen (Herz, Niere, Leber, Pankreas)
- » Neurologische Erkrankungen (Multiple Sklerose, Parkinson, Demenz)
- » Infektionen (Influenza, Syphilis, Borreliose, HIV, Herpes-Viren, Toxoplasmose)

In den letzten Jahren wurde die Wichtigkeit von Autoimmun-Gehirnentzündungen (Enzephalitiden) ohne begleitende neurologische Auffälligkeiten als Ursache von schwerwiegenden Erkrankungen wie Psychosen, Depressionen, Bipolaren Störungen und Zwangsstörungen erkannt und erfolgreich mit immunsuppressiven Therapien behandelt.

Für das Krankheitsbild einer Schizophrenie wird eine Vielzahl organischer Ursachen beschrieben (Tebartz van Elst 2021), was für Betroffene ganz neue Möglichkeiten der Behandlung und ursächlichen Heilung aufzeigt. Auch Infektionen des Gehirns mit allen möglichen Erregern können die verschiedensten psychischen Störungen hervorrufen (Niehaus 2021), die dann nicht mit Psychopharmaka, sondern mit Antibiotika, Virostatika u. ä. behandelt werden sollten. Hier sollte z. B. an eine Borreliose und an Syphilis, die wieder auf dem Vormarsch ist, gedacht werden. Einen besonderen Fokus auf die körperlichen Ursachen psychischer Probleme bei Kindern und Teenagern (z.B. Depressionen, Ängste, Autismus und ADHS) findet man in den Büchern des Arztes Dr. Kenneth Bock (Bock 2008/2022).

WIE GROSS IST DAS AUSMASS DIESER PROBLEMATIK?

Die Psychiater Koranyi & Potoczny haben 1998 eine Übersichtsarbeit publiziert, in der sie 21 Studien über die Häufigkeit körperlicher Erkrankungen bei Psychiatriepatienten aus den Jahren 1937 bis 1991 ausgewertet haben. Bei insgesamt 9200 Patienten wurde bei einer unabhängigen Untersuchung bei 50% eine körperliche Erkrankung festgestellt. Bei 58% dieser Patienten war die Diagnose vorher nicht bekannt und bei 27% hatte die körperliche Erkrankung eine direkte Beziehung zum psychiatrischen Krankheitsbild.

Es bestand also bei ca. 14% (dieser Wert umfasst bei den o. g. 21 Studien den Bereich von 7 bis 37%) der psychiatrischen Patienten eine körperliche Erkrankung, die nachträglich als Ursache des psychiatrischen Krankheitsbildes identifiziert wurde. Die meisten dieser Patienten waren stationär in psychiatrischen Kliniken untergebracht. Unter Beachtung der Tatsache, dass früher moderne bildgebende Verfahren (MRT, CT) und manche Labormethoden noch nicht verfügbar waren, ist die mittlere Häufigkeit von 14% wohl nach oben zu korrigieren. Auch ist zu berücksichtigen, dass die Verursachung psychiatrischer Krankheitsbilder durch Autoimmun-Entzündungen des Gehirns erst im Jahr 2007 entdeckt wurde. In diesem Sinn wird der Anteil körperlich bedingter psychischer Störungen immer grösser und aus psychiatrischen „Fällen“ werden solche für die Neurologie oder die Innere Medizin.

HINWEISE AUF EINE KÖRPERLICHE URSACHE

Wenn mit dem Auftreten von psychischen Symptomen die folgenden Beobachtungen oder Bedingungen vorhanden sind, oder diesen vorausgehen, sollte immer an eine körperliche Ursache der psychischen Störung gedacht werden und eine entsprechende medizinische Untersuchung veranlasst werden.

- » Optische/visuelle Halluzinationen
- » Erhöhte Körpertemperatur
- » Neurologische Symptome (Bewegung, Sprache, kognitive Probleme, Bewusstseinsstörung)
- » Höheres Alter (ohne frühere psychische Probleme)
- » Einnahme von Medikamenten oder Drogen
- » Einseitige Ernährung (vegetarisch, vegan, „Fastfood“)
- » Ungewöhnliche Kopfschmerzen
- » Plötzliche Verhaltensänderung
- » Steifer Nacken
- » Geschmacksverlust
- » Plötzliche Angst vor Auslöschung der Existenz

HÄUFIGE URSACHEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Es gibt einige körperliche Ursachen, die relativ häufig vorkommen und mit wenig Aufwand und Kosten abgeklärt werden können. Der

Hausarzt kann die entsprechenden Laboruntersuchungen veranlassen. Triviale Faktoren wie Schlaf- und Bewegungsmangel, Übergewicht, übermässiger Konsum von koffeinhaltigen oder alkoholischen Getränken, usw. sollten nicht vergessen werden.

Ein Eisenmangel kommt, insbesondere bei menstruierenden Frauen, relativ häufig vor. Solch ein Eisenmangel darf nicht mit einer Anämie (Hämoglobinwert/Hb erniedrigt) verwechselt werden, die einen schwerwiegenderen Zustand darstellt. Eine Anämie kann verschiedene Ursachen haben, die immer abgeklärt und entsprechend behandelt werden sollten. Bei einem Eisenmangel können psychische Symptome auftreten, obwohl der Hb-Wert noch im Normalbereich liegt. Laboranalytisch sollten der Ferritinwert (Soll: > 80 µg/l) und die Transferritinsättigung (Soll: > 30 %) bestimmt werden. Des Weiteren ist eine gute Funktion der Schilddrüse für die psychische Gesundheit von grosser Wichtigkeit. Sowohl eine Unter- (Hypothyreose) als auch eine Überfunktion (Hyperthyreose) gehen oft mit psychiatrischen Symptomen einher. Hier bringen die Laborwerte TSH (Soll: 0.4 - 2.5 mU/l), fT3 und fT4 Klarheit. Auch die Funktion der Nebenniere sollte überprüft werden. Dies geschieht am besten mit einem Cortisol-Tagesprofil, das einfach mit 3-4 Speichelproben erstellt werden kann. Zur Abklärung von (unerkannten) Autoimmunerkrankungen sollten ein ANA-Test (Antinukleäre Antikörper) gemacht werden. Weiterhin werden Laboranalysen der B-Vitamine (insbesondere B1, B3, B6, B12 und Folsäure) empfohlen. Routineuntersuchungen wie das Blutbild, Elektrolyte, Gesamteiweiss, Nieren- und Leberwerte und CRP/Blutsenkung stellen eine notwendige Ergänzung dar.

WAS IST ZU TUN?

Wenn eine psychische Störung so schwerwiegend ist, dass eine stationäre Behandlung nötig ist, mit grossem Leid verbunden ist, oder hartnäckig über längere Zeit bestehen bleibt, sollte eine umfassende somatische Untersuchung veranlasst werden. Dies ist auch bei jedem erstmaligen Auftreten einer Psychose angezeigt.

Neben einer ausführlichen Anamnese sollte eine körperliche Untersuchung, umfassende Laboranalysen von Blut und Liquor (Nervenwasser), ein MRT (oder CT) des Kopfes, und ein EEG gemacht werden.

Zum Schluss noch einige Empfehlungen für Seelsorger. Sie stehen in der Gefahr, bei Menschen mit psychischen Problemen mögliche organische Ursachen nicht in Betracht zu ziehen. Es ist offensichtlich, dass z. B. bei einer durch einen Hirntumor oder eine Schilddrüsenunterfunktion verursachten Depression auch das beste Seelsorgekonzept versagen wird. Seelsorger sollten also immer mögliche körperliche Ursachen in Betracht ziehen und Ratsuchende zu einer ärztlichen Abklärung motivieren. Um sich mit dieser Thematik vertraut zu machen, wird die Lektüre von Fallgeschichten empfohlen (Lamparter 2018, Morrison 2000/2015). 📖

Literaturverzeichnis

- 1 Bock, Das entzündete Gehirn – wenn der Körper die Seele krank macht. Die versteckte Ursache von Depressionen, Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen verstehen und behandeln. Riva 2022
- 2 Bock & Stauth, Healing the New Childhood Epidemics. Autism, ADHD, Asthma, and Allergies. Ballantine Books 2008
- 3 Bullmore, Die entzündete Seele. Ein radikaler neuer Ansatz zur Heilung von Depressionen. Goldmann 2019
- 4 Dilling, Mombour & Schmid, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Hogrefe 2015
Eine Onlineversion kann hier eingesehen werden: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/chapter-v.htm>
- 5 Kapfhammer, Depression, Angst, traumatischer Stress und intermistische Erkrankungen. Eine psychosomatische und somatopsychische Perspektive. Springer 2023
- 6 Kasten, Somatopsychologie. Körperliche Ursachen psychischer Störungen von A bis Z. Ernst Reinhardt Verlag 2010
- 7 Lamparter & Schmidt, Wirklich psychisch bedingt? Somatische Differenzialdiagnosen in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Schattauer 2018
- 8 Morrison, Der zweite Blick: Psychische Störungen als Symptome somatischer Krankheiten. Hogrefe 2000 (nur noch über Fernleihe erhältlich, englisches Original siehe nächster Eintrag)
- 9 Morrison, When Psychological Problems Mask Medical Disorders. Guilford Publications 2015
- 10 Niehaus & Pfuhl, Die Psycho-Trojaner. Wie Parasiten uns steuern. Hirzel 2021
- 11 Tebartz van Elst, Vom Anfang und Ende der Schizophrenie. Eine neuropsychiatrische Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept. Kohlhammer 2021
Eine ausführliche Buchrezension findet man hier: <https://biblische-seelsorge.org/2019/02/22/rezension-vom-anfang-und-ende-der-schizophrenie/>
- 12 Welch, Ist das Gehirn schuld? 3L-Verlag 2004

In englischer Sprache gibt es eine umfassende und detaillierte Literatur zu dieser Thematik. Empfehlungen auf Nachfrage.

TRAUERN UND TRÖSTEN



Roland Antholzer, Kempten

DER PROZESS DES TRAUERNS

»Siehe, um Trost war mir sehr bange.« Jesaja 38,17

Leid ist eine allgemeinmenschliche Erfahrung. Und weil der Tod so untrennbar mit dem Leben verwoben ist, weil keiner von uns dieser Macht ausweichen kann, daher ist auch die Trauer unser aller Erfahrung – vielleicht nicht im Moment, aber früher oder später doch. Wir könnten sagen: Trauer ist eine Grunderfahrung des Menschen, die – wie die Angst – in einer gefallenen Welt unausweichlich ist. Und alle kommen wir in die Situation, dass wir selbst trostbedürftig werden und hoffentlich auch Trost erfahren. Oder wir sollen selbst zu Tröstern werden an denen, die im Leid sind und denen wir verbunden sind.

Wir leben heute in einer sehr individualistischen Zeit, einer Zeit, in der Jugend und Gesundheit angebetet werden, einer Zeit, deren Merkmal Leidensscheu ist, in der Krankheit und Tod in die Krankenhäuser und Pflegeheime verbannt wurden, damit man ja nicht damit konfrontiert wird und sich mit diesen Dingen auseinander setzen muss. Das hat Folgen: Vor allem macht es den Menschen unfähig, mit dem in sein Leben einbrechenden Leid fertig zu werden, unfähig sowohl zum Trauern als auch zum Trösten. Kaum irgendwo erleben wir unsere Hilflosigkeit so bedrückend wie da, wo wir einem Trauernden Trost vermitteln sollen.

Wenn nun im Folgenden von Trauer die Rede ist, dann soll damit weniger der emotionale Zustand der Traurigkeit gemeint sein, sondern vielmehr der Prozess, der sich in einem Menschen abspielt, der einen Verlust erlitten hat. „Traurigkeit“, „Kummer“ und „Gram“, das sind die vorherrschenden Emotionen, die ein Mensch erfährt, wenn er trauert. Gram besteht hauptsächlich aus

Kummer oder Traurigkeit, obwohl er oft ein Muster von Emotionen und affektiv-kognitiven Strukturen ist, das Furcht, Schuldgefühl oder Zorn einschließt. Gram ist die typische Reaktion auf Verlust.

TRAUER IST REAKTION AUF VERLUST

Trauer ist immer Reaktion auf eine Verlusterfahrung. Der Verlust kann ein zeitweiliger sein, wie etwa bei der Trennung von einem Menschen oder bei einer vorübergehenden Erkrankung. Es kann sich aber auch um einen permanenten Verlust handeln, wie es beim Tod der Fall ist. Der Verlust kann real sein oder eingebildet, er kann physisch sein oder psychisch. Die Ursache des tiefsten und umfassendsten Grams ist der Verlust des Menschen, den man am innigsten liebt. Es gibt aber auch andere Formen von Verlust, die mehr auf die eigene Person bezogen sind. Carroll E. Izard weist darauf hin, dass Verlust immer gleichzeitig ein reales Ereignis und ein perzeptives oder psychisches Ereignis ist. Ein realer

Verlust (etwa des Arbeitsplatzes) kann symbolisch einen Verlust von Ehre oder einen „Gesichtsverlust“ darstellen. Er führt folgende typische Verlustsituationen an:¹

- » Verlust, der im Verlauf von Wachstum und Entwicklung auftritt (nährende Brust, Milchzähne, Status als Mittelpunkt elterlicher Aufmerksamkeit)
- » Verlust der eigenen Attraktivität (Wie können sich manche Frauen über die ersten Fältchen im Gesicht grämen!)
- » Verlust der früheren Vitalität
- » Verlust irgendeiner sensorischen oder motorischen Fähigkeit
- » Verlust von Geisteskraft
- » Verlust positiver Einstellungen zu sich selbst wie etwa der Selbstachtung
- » Verlust von materiellen Objekten wie Geld, Reichtümern, Grundbesitz

Zu ergänzen wäre diese Auflistung noch mit weiteren Situationen:

- » Verlust einer geliebten Person (Scheidung oder Tod)
- » Verlust an Bedeutung (Arbeitslosigkeit, Pensionierung usw.)
- » Verlust an Sicherheit (durch traumatische Erfahrungen wie Krieg, Unfall, als Opfer von Verbrechen usw.)
- » Verlust einer Chance, einer ungenutzten Möglichkeit, wo man etwas verpasst hat, was man hätte haben können (Auch der Verlust von etwas, was man nie hatte, kann heftige Trauer auslösen!)

Wir sehen, dass mehrere dieser Verlustsituationen ins besondere mit dem Alterungsprozess verknüpft sind. Auch die Wahrscheinlichkeit, einen geliebten Menschen durch Tod zu verlieren, ist bei älteren Menschen wesentlich größer als bei jungen. Ältere Menschen sind also in besonderer Weise von Verlust betroffen. Wenn man dann noch bedenkt, dass die soziale Unterstützung von Senioren in unserer individualistischen Kultur der Klein- und Kleinstfamilie ebenfalls sehr fraglich ist, kann man verstehen, warum Altersdepressionen und Altersalkoholismus stark zugenommen haben.

In diesem Artikel möchte ich aber unsere Aufmerksamkeit speziell auf den Gram richten, der aus der permanenten Trennung von einem geliebten Menschen oder aus seinem Tod resultiert. Es geht also um den typischen Trauerfall und um die Frage, wie der Prozess des Trauerns abläuft. Natürlich lassen sich diese Erkenntnisse teilweise auch auf andere Verlustsituationen übertragen. Bei jedem einigermaßen schwerwiegenden Verlust werden wir trauern, wenn auch die Trauer nicht immer gleich intensiv sein wird. Wenn bei einem jungen Menschen die erste Liebesbeziehung in die Brüche geht, kann das einen intensiven Trauerprozess mit sich bringen. Ich überlasse es aber dem Leser, aus dem Speziellen das Allgemeine herauszufiltern. Im Prinzip könnte man sagen: Alles, was nicht ausschließlich mit dem Tod eines Menschen zu tun hat, kann sich auch in anderen „Trauerfällen“ zeigen.

PHASEN DER TRAUER

Wenn man sich die Fachliteratur zum Thema „Trauer“ ansieht, dann fällt auf, dass zwar übereinstimmend versucht wird, den komplexen Vorgang des Trauerns durch eine Einteilung in Phasen griffiger zu machen. Bei der Beschreibung der Trauerphasen kommen die verschiedenen Autoren jedoch zu teilweise sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Manche teilen ihn in drei Phasen ein, andere in acht oder zehn. Übereinstimmung besteht hinsichtlich der 1. Phase des Schocks. Bei näheren Vergleichen der verschiedenen Theorien fiel mir auf, dass sie sich letztlich doch nicht so sehr unterscheiden. Die Unterschiede liegen meist in der Begrifflichkeit. Außerdem werden manche Aspekte bei dem einen als eigene Phase aufgefasst, während sie bei anderen einem anderen Phasenbegriff untergeordnet sind. Ich habe mich für eine Einteilung entschieden, die mir am sinnvollsten erschien, weil sie die meisten Theorien zu integrieren vermag. Sie geht von vier Phasen aus: *der Phase des Schocks, der Phase der Kontrolle, der Phase der Regression und zuletzt der Phase der Adaptation.*²

PHASE 1: DER SCHOCK

Direkt nach dem Verlusterlebnis steht der Betroffene wie unter einem Schock. Dieser kann stärker oder

weniger stark ausgeprägt sein, je nachdem, ob der Tod vorhersehbar war oder nicht. Am stärksten ist der Schock bei einer unerwarteten Todesnachricht, etwa nach einem Verkehrs- oder Arbeitsunfall. Wenig ausgeprägt ist er dann, wenn der Tod schon lange erwartet worden war. Im letzteren Fall ist ein Teil der Trauer schon vorweggenommen worden. Es wird dann zwar das Gefühl der Traurigkeit für eine kurze Zeit reaktiviert, hat aber nicht mehr das volle Gewicht. Vielfach ist, besonders bei einer langen Pflegezeit, der Tod sogar mit dem Gefühl einer Erleichterung verbunden. Die Phase des Schocks hält meist nur für wenige Stunden an und ist auch bei längerer Dauer normalerweise nach ein bis zwei Tagen vorüber.

Der Schock kann sich ganz verschieden äußern. Die Varianz zeigt sich vom psychischen Zusammenbruch bis zu einer stoischen, scheinbar unberührten Reaktion. Zur ersten Reaktion hier ein Beispiel aus der Literatur:³

„Die verwitwete Frau war 33 Jahre alt und Gattin eines Reporters, der acht Tage vor seinem Tod einen Autounfall hatte und seit dieser Zeit zwischen Leben und Tod schwebte. Beim Eintritt seines Todes waren seine Ehefrau, der Chefarzt, eine Krankenschwester und ein Bruder des Verstorbenen anwesend. Sobald der Arzt die Feststellung des Todes machte, stieß die Ehefrau einen schweren Seufzer aus und sank in einem Sessel zusammen. Ihr Schwager und die Schwester bewahrten sie davor, auf den Boden zu stürzen. Ihre Augen blieben offen, aber waren starr und auf keinen Gegenstand gerichtet. Krankenpfleger brachten sie in ein Bett im anliegenden Raum und gaben ihr Stimulantien.

Nach einer halben Stunde wurde der Schwager informiert, sie könne nach Hause gebracht werden, und zusammen mit einem weiteren Schwager, der inzwischen eingetroffen war, schafften die beiden es, sie zum Wagen zu bringen. Sie mussten sie dabei stützen und nahezu tragen. Während der Autofahrt weinte die Frau leise vor sich hin und sagte nichts. Einer der Schwager teilte später mit, auch zu Hause habe sie sich merkwürdig verhalten. Sie schien zu erkennen, was vorging, aber schenkte den Ereignissen keine Aufmerksamkeit. Der Schwager führte dies auf den Schock zurück und meinte, sie alle hätten sich wie in einem Zustand der Trance gefühlt.

Die Frau weigerte sich, das Mittagessen zu sich zu nehmen. Als ihr einziger Sohn am späten Nachmittag aus der Schule zurückkam, brach sie in Tränen aus und weinte mehr als zehn Minuten lang. Sie berichtete später über das Gefühl eines schrecklichen Schocks bei der Todesnachricht. Sie hatte keine Erinnerung an ihren Zusammenbruch, bis sie sich in dem Wagen wiederfand.“

Dieses Beispiel zeigt den Schock in deutlich wahrnehmbarer Form. Er muss aber durchaus nicht immer so deutlich sichtbar sein. Möglicherweise vermag der Hinterbliebene in dieser Zeit nicht einmal zu weinen. Für Außenstehende mag es so aussehen, als bestehe gar keine echte Trauer. Doch diese kontrollierte Form des Schocks hat letztlich nur die Funktion, ihn vor der vollen emotionalen Wirkung der Tragödie zu schützen. Der Betroffene umgibt seine Seele gewissermaßen mit einem Schutzschild, sorgt für eine zeitweilige Narkose.

Die Schockphase wird nach einer gewissen Zeit in ein starkes und häufiges Weinen übergehen. Das Weinen kann aber auch sofort auftreten. Diese erste Phase ist eine Zeit der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.

Seelsorgerliche Hilfe

Beides, Schock und Weinen, darf dem Trauernden nicht versagt werden. Es handelt sich hier um völlig normale Reaktionen. Bemerkungen wie: „Hören Sie doch auf zu weinen. Sie sollten sich freuen: Ihr Mann ist doch jetzt bei Gott“, sind völlig fehl am Platz. In Psalm 42,4 heißt es: „Meine Tränen sind meine Speise Tag und Nacht.“

Man sagt ja: „Wein dich nur aus, es tut dir gut“. Diese Volksweisheit ist jetzt wissenschaftlich erhärtet worden. William H. Frey, Biochemiker in Minneapolis, hat nach 15-jähriger Forschung in seinem Buch „Crying, The Mystery of Tears“ eine einleuchtende Theorie aufgestellt. Frey vermutet, dass Menschen durch das Weinen Chemikalien abbauen, die unter emotionalem Stress freigesetzt worden sind. Er verweist u.a. auf die Tatsache, dass die Konzentration von Mangan in Tränen 30-mal höher ist als im Blut. Außerdem sei es ein Unterschied, ob man aus Trauer, Freude oder Verzweiflung Tränen vergießt oder ob einen schlicht äußere

Reize – wie z.B. Zwiebelschneiden – zu Tränen rühren. In gefühlsmäßig vergossenen Tränen wurde eine um 24% höhere Proteinkonzentration gemessen als in den Zwiebeltränen. Vor allem drei Stoffe konnten nachgewiesen werden: ein Endorphin, das Schmerzgefühle reduziert (Leuzin-Enkephalin), ACTH (ein Hormon, das als deutlichstes Indiz für Stress gilt) und Prolaktin, das die Tränenproduktion fördert.

Ist der Tod im Krankenhaus eingetreten, was in unseren westlichen Gesellschaften bei ca. 70% aller Menschen der Fall ist, fällt gewöhnlich dem Arzt oder der Stationschwester die Aufgabe zu, die Angehörigen zu informieren. In dem darauf folgenden kurzen Gespräch werden Fragen nach der Ursache des Todes gestellt und fast immer auch die Frage, ob der Verstorbene noch hat leiden müssen. Vor allem kommt regelmäßig die Frage auf, ob der Tod nicht vielleicht vermeidbar gewesen wäre. Hier sollte der Arzt nicht nur hervorheben, dass von ärztlicher Seite alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, sondern den Angehörigen versichern, dass auch von ihrer Seite alles getan worden sei, um den Tod zu vermeiden. Da sich die Trauernden immer Vorwürfe machen, irgendetwas versäumt zu haben, und dieses Versäumnis in seiner Bedeutung für den Tod des Angehörigen bei weitem überschätzen, kann das zu einer gewissen Entlastung beitragen. Soweit wir es in dieser Phase privat mit einem Trauernden zu tun haben, werden wir vor allem dafür zu sorgen haben, dass er jetzt Schonung erfährt.

PHASE 2: KONTROLLE

Diese Phase, die gewöhnlich zwischen drei und sieben Tagen dauert und ihr Ende mit der Beerdigung und der Abreise der Verwandten erreicht, ist durch eine doppelte Form der Kontrolle gekennzeichnet, durch die Kontrolle, die der Trauernde sich selbst gegenüber ausübt, und durch die Kontrolle, die die Durchführung einer angemessenen Bestattung erfordert. Man hat mit Verwandten und Freunden umzugehen, aber auch mit Amtspersonen, dem Bestatter oder dem Pfarrer. Der Trauernde erfährt sich selbst in dieser Phase wie gelähmt und kaum dazu fähig, eigene Entscheidungen zu treffen.

Gerade die Geschäftigkeit seiner Umgebung lässt den Trauernden spüren, wie groß die Distanz zwischen dieser und ihm selbst geworden ist. Die Welt wird unwirklich, alles, was in ihr geschieht, vollzieht sich für den Trauernden in einem großen Abstand; er kommt sich darin nur als ein entfernter Beobachter vor.

„Mechanisch gehe ich hinter dem Sarg her, zu betäubt, um irgendwelche Gefühle zu haben. Bin ich es selbst, die ihren Mann begräbt – oder ist es nur meine Hülle? Alles Leben in mir ist erstorben. Es kann gar nicht wahr sein, dass der Lebenssprühende und Heitere tot sein soll! Unmöglich! Langsam wird der Sarg ins Grab gesenkt. Mit tränenlosen Augen starre ich ihm nach. Da wird mir bewusst: Hier wird ein Teil von mir selbst begraben – der vertrauteste Mensch, den es für mich gibt. In 14-jähriger Ehe sind wir zu einer Einheit zusammengewachsen, und jetzt hat der Tod uns gespalten. Ich sehe ein Bild vor meinem inneren Auge: Ein Baum, vom Blitz getroffen, klappt auseinander, von der Krone bis zur Wurzel. Die eine Hälfte ist zu Boden gestürzt und fällt den Abhang hinunter. Die andere steht zwar noch aufrecht, ist aber ein Wrack, trauernd, blutend; ein halber Baum, kaum noch lebensfähig. Werde ich weiterleben können ohne meinen Mann? Nein, denke ich, an dieser Wunde muss ich verbluten. Sie ist unheilbar.“⁴

Seelsorgerliche Hilfe

Wie können wir helfen? Seien Sie dem Betroffenen nahe und zur Hilfe bereit. Aber nehmen Sie ihm nichts ab, was er selbst tun kann. Je eher er eigene Entscheidungen treffen und sich mit dem unmittelbaren Problem auseinander setzen muss, desto besser wird es ihm gehen. Ermutigen Sie ihn dazu, sich auszuweinen und auszusprechen. Predigen Sie ihn nicht an. Bei Beerdigungen spricht die Predigt selten die an, um die es geht, nämlich die unmittelbar Betroffenen. Sie leben wie hinter einer Glasbausteinwand. Man sieht ihre Silhouette, aber es fehlt der Zugang, man dringt nicht durch. Eventuell könnte man ihm eine Karte geben mit einem kurzen Vers. Wie Hannelore Risch bezeugt hat, habe sie eine solche Karte erhalten mit der Aussage: „Mein Vater, ich verstehe Dich nicht, aber ich vertraue Dir!“ Dieses kurze Wort habe ihr Herz erreicht.⁵

PHASE 3: REGRESSION

Ohne Zweifel ist die regressive Phase der kritischste Zeitraum im Prozess des Trauerns. Hier steht der Trauernde Erfahrungen gegenüber, die für ihn selbst nicht nur äußerst schmerzlich, sondern oft auch von erschreckender Natur sind. Der Begriff „Regression“ stammt aus dem Vokabular der Psychoanalyse. Er meint ein Zurückgehen auf früher durchlebte Stufen der Entwicklung. Dieser Mechanismus kommt dort zum Einsatz, wo wir einer Situation gegenüber hilflos sind und wo unsere sonst üblichen Bewältigungsstrategien nicht ausreichen. Wir möchten damit eine drohende Gefährdung abwenden oder doch wenigstens unter Kontrolle bringen. Typisch für diese Phase ist die Tatsache, dass der Trauernde ausschließlich mit dem Verstorbenen beschäftigt ist. Man spricht hier von Präoccupation mit dem Verstorbenen. Das Denken und Erleben des Trauernden ist völlig von der Auseinandersetzung mit dem Verstorbenen in Anspruch genommen, sodass alles andere daraus verdrängt wird. Sein Verhalten ist geprägt von Verletzbarkeit, Empfindlichkeit, Misstrauen und Angst. Ich führe im Folgenden einige der in dieser Phase bestimmenden Erfahrungen an.

Isolation

Wir müssen uns vor Augen halten, dass der Trauernde nicht nur einen Menschen verloren hat, sondern dass dieser Mensch zugleich eine gemeinsame Daseinswelt bedeutete, die mit seinem Tod ein Ende gefunden hat. Damit nun die psychische Organisation nicht völlig zusammenbricht – was im Extremfall bedeuten würde, dem Toten nachzusterben –, kann für den Kontakt mit der Umwelt nur ein Minimum an Energie aufgewendet werden. Der Trauernde zieht sich von allen Anforderungen, Entscheidungen und Gesprächen zurück und wird apathisch. Er steht unter starker Spannung, ist in erhöhtem Maße reizbar und verletzlich. Schon bei für Außenstehende geringfügig erscheinenden Anlässen kann er sehr emotional reagieren und in massives Weinen und Klagen verfallen. Andererseits fühlt er sich rasch überfordert, und alles ist ihm zu viel. So kann er etwa, ganz entgegen seiner üblichen Gewohnheit, in Fragen der Kleidung und Körperpflege nachlässig werden. Oft entwickelt er auch starke Verlassensgefühle.

Feindseligkeit

Der Trauernde wird zornig auf verschiedene Menschen. Auf die Ärzte, dass sie nicht mehr getan haben, auf das Krankenhauspersonal, weil es nicht aufmerksamer war, ja sogar auf den Verstorbenen selbst. Ein Ehemann kann etwa sagen: „Warum ist sie gestorben und hat mich mit den drei Kindern allein gelassen?“ Ein Kind kann auf einen Elternteil zornig sein, weil er nicht mehr getan hat, um den Tod des anderen zu verhindern. Nicht zuletzt wird der Trauernde zornig gegen Gott, weil er den Tod des geliebten Menschen zugelassen hat. Er hadert und ist sich dessen oft selbst nicht einmal bewusst. Dies ist besonders bei Menschen der Fall, die sonst keine Gottesbeziehung haben. Aber als Christen reagieren wir spontan meist nicht viel anders. Auch dazu finden wir in dem Erfahrungsbericht von Hannelore Risch ein anschauliches Beispiel. So schreibt sie:

„Meine Gedanken suchen den Schuldigen am Tod meines Mannes. Die Ärzte sind schuld; sie haben die Krankheit nicht rechtzeitig erkannt. Sie sprachen nicht deutlich genug vom Risiko der Operation. Wir hätten sonst nicht eingewilligt. Nein, ich bin schuld: Ich hätte bei den ersten Krankheitsanzeichen auf eine Berufsänderung dringen sollen. Er selbst war schuld, wage ich sogar zu denken. Er hätte auf seine Gesundheit achten müssen. Niemand stirbt an einer Krankheit, sondern nur am Willen Gottes, erinnere ich mich. Also ist Gott schuld: Er hätte den Tod verhindern können. Nicht nur die Kinder und ich, wie viele haben ihn doch um Genesung angefleht. Es wäre ihm leicht gewesen, unsere Bitte zu erfüllen; aber er wollte nicht.“

Mit diesen spontanen Zorn- und Ärger-Reaktionen stellen sich regelmäßig auch Schuldgefühle und Gewissensbisse ein.

Schuldgefühle

Sobald die erste Schockreaktion überwunden ist, kommt der Trauernde ins Nachdenken und Grübeln.



Eine fast unvermeidliche Folge sind Schuldgefühle und Selbstvorwürfe: „Wenn doch nur ...“, „Warum habe ich mir nicht mehr Zeit für sie genommen?“, „Hätte ich doch einen anderen Arzt hinzugezogen“ usw. Schuldgefühle gegenüber dem Verstorbenen, die schon früher vorhanden, aber verdrängt worden waren, kommen jetzt wieder an die Oberfläche und peinigen den Trauernden. Vor dieser Erfahrung wird niemand verschont, auch der nicht, der eine sehr harmonische Beziehung hatte. Jede – auch die beste – Beziehung ist defizitär. Keiner kann wohl von sich sagen: Ich habe meinem Partner, meinen Kindern, meinen Eltern usw. jede nur denkbare Liebe entgegengebracht. Schuldgefühle können auch von der Erleichterung herrühren, die man nach einer langen Pflegezeit empfindet. Vielleicht hat man sich wegen der Belastung schon den Tod des Kranken gewünscht. Sie können auch auf die Vorwürfe zurückgehen, die man gegen den Toten, die Angehörigen, die Ärzte usw. ungerechterweise erhoben hat. Nicht zuletzt kann der Hinterbliebene – so seltsam es anmutet – sogar eine Schuld des Überlebens empfinden. Das kommt vor allem dann vor, wenn der Trauernde sich dem Verstorbenen gegenüber als minderwertig oder weniger wertvoll vorgekommen ist und nun meint, es wäre doch richtiger gewesen, wenn er, der Hinterbliebene, gestorben wäre.

Vereinfachung komplexer Zusammenhänge

Symptomatisch für die Regressionsphase ist das starke Bedürfnis des Trauernden, seine Lebenswelt einfacher zu gestalten. Dasselbe finden wir ja auch bei Depressiven.

Es ist eine durchaus verständliche Reaktion auf die Erfahrung der Hilflosigkeit und der Überforderung. Diese Tendenz zur Vereinfachung komplexer Zusammenhänge zeigt sich vor allem im Denken. Wir finden daher bei Trauernden die auch für Depressive typischen Denkfehler wie Personalisierung, Kurzschlussdenken und Übergeneralisierung.

Personalisierung zeigt sich etwa darin, dass man nicht mehr in Sachzusammenhängen denkt, sondern nahezu alles mit Personen in Zusammenhang bringt. Das geschieht unter Umständen sogar da, wo ein solcher Zusammenhang einem Unbeteiligten als willkürlich, ja abwegig erscheint. Obschon in der Regel eine Mehrzahl von Faktoren zum Tod geführt hat, kann der Trauernde ausschließlich bestimmte Personen verantwortlich machen.

„Man tröste nie eine Witwe, indem man ihr sagt, andere Frauen hätten nicht nur ihren Mann, sondern auch noch ihr Kind verloren. Wer trauert, ist wie ausgebrannt. Es gibt keine Potenzierung der Trauer – mehr als zu Asche kann man nicht verbrennen.“

Kurzschlussdenken liegt da vor, wo der Tod z.B. als unmittelbare Strafe Gottes für bestimmte Sünden des Hinterbliebenen interpretiert wird. Oder er wird auf einzelne Nachlässigkeiten oder die Nichtbeachtung von Symptomen zurückgeführt, die in keinem Zusammenhang mit dem tödlichen Ausgang stehen.

Übergeneralisierung ist es, wenn der Verstorbene verworfen wird, weil er so „treulos“ war, den Trauernden allein zu lassen, oder wenn – was häufiger geschieht – der Verstorbene glorifiziert wird. Alle negativen Eigenschaften scheinen vergessen zu sein, die positiven werden übertrieben dargestellt.

Die genannten Denkfehler ergeben sich aus dem Bedürfnis des Trauernden, seine Welt einfacher zu gestalten, um sie so besser in den Griff zu bekommen.

Selbstwertminderung

Das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung des Trauernden sind in erheblicher Weise vermindert. Er fühlt sich durch den Verlust gedemütigt und beraubt. Man weiß es ja von Kindern, dass sie sich als minderwertig und ihren Altersgenossen gegenüber als unterlegen empfinden, wenn sie keinen Vater oder keine Mutter mehr haben. Der Verlust des Ehepartners kann durchaus das gleiche Empfinden hervorrufen. Hier sind vor allem Frauen betroffen, die in ihrer Aktivität stark auf den Verstorbenen ausgerichtet waren. Die Versorgung und Pflege ihres Mannes war ein Teil ihrer Identität geworden und hatte ihnen Bedeutung vermittelt. Durch den Tod des Mannes ist ein Vakuum entstanden, das nun wieder gefüllt werden muss. Obwohl sich der Trauernde oft selbst zurückzieht und Kontakte meidet, hat er durchaus Kontaktwünsche und empfindet es als schmerzlich, wenn auch die anderen ihm aus dem Weg gehen.

Rastlose Aktivität

Die Leidtragenden stürzen sich zunehmend in eine rastlose Aktivität, unternehmen viel, verlieren aber auch rasch das Interesse an einer Sache und wenden sich einer anderen zu. Es fällt ihnen schwer, zu ihrer üblichen Routine zurückzukehren. Die gewohnten Aktivitäten verlieren ihre Bedeutung. Sie waren ja zu einem großen Teil nur deshalb wichtig, weil sie gemeinsam mit dem Verstorbenen unternommen wurden. Beides, die Frage nach der Identität wie auch die innere Unruhe, wird von Hannelore Risch beschrieben:

„Obwohl ich äußerlich vieles tue und sehr beschäftigt wirke, lebe ich in Wirklichkeit isoliert von meiner Umwelt. Mein äußerer Mensch sieht und hört zwar, was um mich vorgeht, aber meine Seele irrt durch gewundene Gänge und sucht ihn, den sie verloren hat. Habe ich mit ihm nicht auch mich selber verloren? Was bin ich ohne meinen Mann? Nicht nur er ist weggegangen, ich selber kann mich nicht mehr finden. Ergebnisloses Suchen – wie erschöpft und verstört es mich! Wie lange wird dieser Zustand andauern?“⁶⁷

Seelsorgerliche Hilfen

Von der Tendenz des Trauernden, sich zurückzuziehen, sollten wir uns

nicht davon abhalten lassen, ihn immer mal wieder zu besuchen. Trotz des Rückzugs besteht ein starker Wunsch nach Kontakt. Hier liegt unsere Chance als Tröster. Dabei dürfen wir aber nicht empfindlich reagieren, wenn wir mal abgewiesen werden. Der Trauernde darf sagen: „Jetzt möchte ich lieber allein sein.“ Der Trauernde bestimmt jetzt das Gesprächsthema. Mit Ratschlägen sollten wir äußerst zurückhaltend sein. Vor allem sollten wir vermeiden, dem Trauernden andere Menschen als leuchtende Beispiele für heldenhaftes Verhalten in Leidsituationen vor Augen zu halten: „Denk doch mal an die Joni Eareckson, wie die ihre Querschnittslähmung bewältigt hat!“ Dazu möchte ich Liliane Giudice zitieren, eine Frau, die ihre eigenen Erfahrungen als Trauernde in dem Buch „Ohne meinen Mann – Aufzeichnungen einer Witwe“ schildert.

Sie sagt: *„Man tröste nie eine Witwe, indem man ihr sagt, andere Frauen hätten nicht nur ihren Mann, sondern auch noch ihr Kind verloren. Wer trauert, ist wie ausgebrannt. Es gibt keine Potenzierung der Trauer – mehr als zu Asche kann man nicht verbrennen.“⁶⁸*

Muss ich es noch sagen, dass man im Gespräch mit Trauernden unbedingt Phrasen vermeiden sollte? Man sollte in dieser Phase auch nicht nach Zukunftsplänen fragen. „Denn das Wesen der Trauer ist: Sie hat keine Zukunft. Sie ist nur schmerzvolle Gegenwart und übervolle Vergangenheit.“⁶⁹

Als Seelsorger sollten wir zunächst Verständnis für feindselige Reaktionen haben: Sie sind gewissermaßen normal, insofern sie fast immer eintreten. Andererseits gilt es auch im Sinn zu behalten, dass sie dennoch sündige Reaktionen sind. Wir müssen allerdings aufpassen, dass wir nicht vorschnell mit Zurechtweisung und Ermahnung kommen. Das ist zwar irgendwann unumgänglich, doch gilt es hier sehr sensibel den rechten Zeitpunkt zu erspüren. Jedenfalls kann dem anderen die Sündhaftigkeit seiner Reaktion nur dann hilfreich aufgezeigt werden, wenn wir uns mit ihm als sündhafte Menschen auf der gleichen Ebene sehen können und ihm dies auch zu verstehen geben.

Wir sollten dem Trauernden die

Schuldgefühle nicht ausreden. Doch dürfen wir sein Denken da korrigieren, wo es auf Abwege gekommen ist, wo er sich in vermeintliche Schuld verrannt hat. In jedem Fall darf ihm vermittelt werden: „So wir unsere Sünden bekennen, ist er treu und gerecht, dass er uns die Sünden vergibt und uns von aller Ungerechtigkeit reinigt“ (1. Johannes 1,9). Unsere Umkehr und das damit verbundene Eingeständnis unserer Schuld bei der Bekehrung wurden von Gott mit einer völligen Vergebung unserer ganzen Lebensschuld beantwortet! Nun gilt die Verheißung: „Ich, ich bin es, der deine Verbrechen auslöscht um meinetwillen, und deiner Sünden will ich nicht gedenken“ (Jesaja 43,25). Diese wunderbare Botschaft dürfen wir dem ausrichten, der sich selbst wegen längst vergebener Schuld quält. Allerdings ist damit der Schmerz über die Schuld nicht beseitigt. Er soll und braucht auch nicht beseitigt werden. Es gilt zu akzeptieren, dass dieser Schmerz nur durch den zeitlichen Abstand abnehmen kann.

Denkfehler dürfen wir mit viel Zurückhaltung und Feingefühl korrigieren. Oft müssen wir sie auch einfach hinnehmen und dabei im Blick haben, dass es sich hier – sofern der Trauerprozess normal verläuft – nur um vorübergehende Verzerrungen handelt.

PHASE 4: ADAPTATION

Die Phase der Adaptation, der zunehmenden Anpassung an die Umwelt, ist zunächst dadurch gekennzeichnet, dass die regressiven Formen der Trauer nach und nach aufgegeben und durch adaptative ersetzt werden. Der Verlust wird in seinem vollen Ausmaß anerkannt, der Trauernde beginnt sich mehr und mehr von dem Bild des Verstorbenen zu befreien. Er klammert sich nicht mehr bildlich gesprochen an ihn, sondern gibt ihn mehr und mehr frei. Zugleich beginnt er, die Person, die er verloren hat, in sich selber wieder aufzubauen. Er entwickelt ein anderes Bild von ihm, ein realitätsgerechteres Bild. Überhaupt gewinnt er zunehmend das Gefühl für die Realität zurück. Es kommt zu einer Neuorientierung in Bezug auf sein Leben, indem er sich Fragen stellt wie: „Wer bin ich ohne die verlorene Person? Was kann ich noch? Wo sind noch Aufträge für mich, Aufgaben,

in denen ich mich nützlich machen und meine Gaben und Möglichkeiten entfalten kann?“

Auch in dieser Phase kommen immer wieder Tage, an denen sich der Trauernde zurückversetzt sieht in die regressive Phase. Während er sich die meiste Zeit einer positiven Bewältigung sicher ist, fällt er gelegentlich in frühere Zustände der Verzweiflung und Apathie zurück. So schreibt Spiegel: „Auf Perioden, in denen der Hinterbliebene das Gefühl hat, der Welt wiedergeschenkt zu sein, folgen andere, in denen die Welt so unwirklich erscheint wie zu Beginn des Trauerprozesses. Besonders Tage und Zeiten, die mit dem Verstorbenen verbunden sind, wie der Geburtstag, der Tag, an dem die Diagnose auf einen letalen Ausgang sicher war, der Todestag, aber auch Zeiten, in denen sich das Todesgedenken häuft, wie der November, können dann erneut die ganze Schwere der Trauer zurückrufen, auch wenn diese Perioden kurzfristiger sind und schneller abklingen.“¹⁰ Als Problemtage wären ergänzend noch der Hochzeitstag und Weihnachten zu erwähnen.

Seelsorgerliche Hilfe

In der adaptativen Phase erschließt sich für den Seelsorger ein weites Betätigungsfeld. Der Trauernde ist jetzt offen für Hilfe und auch für Korrektur und Ermahnung aus der Schrift. Wir können ihm Freundschaft anbieten, ihn in die Gemeinde mitnehmen. Wir können unsere ganze Phantasie einsetzen, um ihm zu helfen, seine Gaben zu entdecken und neue Aufgaben zu übernehmen. Wir können Arrangements treffen, dass der Trauernde andere Kontakte bekommt und nicht ausschließlich auf uns selbst fixiert ist.

Gerade in dieser Zeit der Trauer stellen viele ihre Gebete, ihre Anrufe und all die kleinen Aufmerksamkeiten, die so hilfreich sind, ein, weil sie annehmen, der Leidtragende käme jetzt gut zurecht. Diese Tendenz müssten wir umkehren. Eigentlich müssen wir den Leidtragenden in den ersten zwei Jahren der Trauer Gott mehr anbefehlen als in den ersten zwei Wochen. Ich habe nun versucht, den Trauerprozess etwas durchsichtig zu machen und aufzuzeigen, wie unsere seelsorgerliche Hilfe in den verschiedenen Phasen aussehen kann.

Zum Schluss dieses Abschnitts möchte ich noch ein Wort aus der Schrift anführen:

„Eines Mannes Geist erträgt seine Krankheit, aber einen niedergeschlagenen Geist, wer richtet den auf?“
(Sprüche 18,14)

Gerade in dieser Zeit der Trauer stellen viele ihre Gebete, ihre Anrufe und all die kleinen Aufmerksamkeiten, die so hilfreich sind, ein. Eigentlich müssen wir den Leidtragenden in den ersten zwei Jahren der Trauer Gott mehr anbefehlen als in den ersten zwei Wochen.

Der Geist des Menschen soll über das Physische herrschen, und er tut es normalerweise auch. Doch wer richtet einen niedergeschlagenen Geist auf? Wir verstehen, dass hier etwas oder besser *jemand* gefragt ist, der *über* unserem menschlichen Geist steht. Wir Menschen vermögen da immer nur Stückwerk zu verrichten, wir bleiben trotz aller gut gemeinten und auch positiven Bemühungen letztlich eben doch „leidige Tröster“.

Wer richtet einen niedergeschlagenen Geist auf, wer anders als eben der, der mit jedem menschlichen Leiden vertraut ist und doch weit über uns steht, der sich schon im Alten Testament mit den Worten vorstellt: „Ich, ich bin euer Tröster.“? 🗨️

Fußnoten

- 1 Izard, Carroll E.: Die Emotionen des Menschen. Beltz Verlag, Weinheim 1981, S. 341.
- 2 Bei dieser Einteilung und deren Beschreibung orientierte ich mich an dem Buch: Spiegel, Yorick, Der Prozess des Trauerns. Analyse und Beratung. Chr. Kaiser Verlag, München 1989.
- 3 Fulcomer, D.M., The Adjustive Behavior of Some Recently Bereaved Spouses (Philosophische Dissertation, Northwestern University), Evanston, IL, 1942. Zitiert nach: Spiegel, Yorick, a.a.O., S. 62.
- 4 Risch, Hannelore: Gott tröstet. Von der Kraft, die Trauer zu überwinden. R. Brockhaus Verlag, Wuppertal 1982, S. 9.
- 5 ebd., S. 21
- 6 ebd., S. 17
- 7 ebd., S. 14
- 8 Giudice, Liliane, Ohne meinen Mann. Aufzeichnungen einer Witwe, Kreuz Verlag, Stuttgart 1971. Zitiert nach: Risch, Hannelore, a.a.O., S. 41
- 9 Risch, Hannelore, a.a.O., S. 40
- 10 Spiegel, Yorick, a.a.O., S. 76-77



KURS SEELSORGE 1

ONLINE-BIBELSCHULE

DICH ERWARTEN

Der AGANDO Seelsorgekurs 1 gliedert sich in 12 Module. Die Inhalte sind praxiserprobt und wurden in den letzten 30 Jahren kontinuierlich verbessert. Du erhältst einen ersten Einblick in die biblische Seelsorge für die praktische Gemeindegeseelsorge. Außerdem lernst du die biblisch-theologischen Grundlagen der Seelsorge kennen und in Fallbeispielen anzuwenden. Damit bekommst du praktisches Werkzeug für deine Beratungspraxis an die Hand. Die Inhalte nimmst du über verschiedene Lesetexte und Lernvideos auf. Du lernst von erfahrenen Seelsorgern wie Roland Antholzer oder Armin Mauerhofer und von Personen, die in verschiedenen Bereichen in der Praxis unterwegs sind.

DEIN SEELSORGEJAHR.

- Austausch in Kleingruppen
- moodle-Lernplattform
- biblische Kenntnisse erforderlich
- Seelsorge-Kenntnisse nicht zwingend notwendig
- 30 Stunden pro Monat
- Literatur inklusiv
- Grundlagen-Kurs für den Aufbaukurs (Seelsorge 2)

“Und sie blieben
beständig in der
Lehre...”

Apostelgeschichte 2,42

DEIN BESTREBEN

-  Menschen zu Jesus führen
-  Seelsorge-Überblick erhalten
-  Praktisches Handwerkszeug mitnehmen

WIR SIND
FÜR DICH DA.

TELEFON

+49 234 5200-9797

EMAIL / WEBSITE

info@agando.org
www.agando.org

ADRESSE

AGANDO Ministries e.V.
Essener Str. 197
44793 Bochum

DEINE VORTEILE

 ortsunabhängig

 flexibel

 online

START IM
OKTOBER

Ein Schweizer Freizeithaus mit Charme und für jeden Geldbeutel

«Urlaub unter Gottes Wort» - so lautet das Motto im schön gelegenen Bergdorf Hemberg (Kanton Sankt Gallen) - welches einerseits zu Ausflügen, Wanderungen und zum Skifahren einlädt.

Andererseits steht, je nach Freizeit ein bis zweimal am Tag, in lebensnahen Andachten das Wort Gottes im Zentrum. Kein typisches Hotel, sondern eher ein «Nach-Hause-Kommen», wie unsere Gäste oft bezeugen.

Im Frühjahr 2023 wurde das neu gestaltete Haus wiedereröffnet – seither genießen unsere Gäste in familiärer Atmosphäre eine moderne und gemütliche Lounge, einen neu gestalteten Speisesaal mit Cafeteria und können mit dem Lift barrierefrei ins eigene Zimmer kommen.

Grund für die umfassende Neugestaltung war die Bereitstellung zeitgemäßer Zimmer (z. T. für Gehbehinderte oder mit Terrasse) mit großzügigem Bad.



Auch die Preise können sich sehen lassen. Die Neubauzimmer kosten bspw. nur CHF 109/Tag incl. VP. Im Altbau stehen gemütliche «Low-Budget»-Zimmer mit Etageduschen und WCs zur Verfügung. Dort wird man schon ab CHF 74 fündig. Kinder zahlen - und auch erst ab 6 Jahren - CHF 29 bis CHF 39 / Tag (ab drei ÜN).

Das vielfältige Angebot spricht unterschiedliche Bedürfnisse an: Freizeiten zum Wandern oder Motorradfahren, Musizieren oder Fotografieren. Diverse Seminare, Treffen von Frauen oder Gemeindeleitern, uvm. ergänzen das Angebot. Und bei den über das ganze Jahr verteilten Erholungstagen mit dezentem geistlichem Programm sind Ruhezeiten und individuell gestaltete Ferien gut möglich.

Auch Sie sind herzlich eingeladen! Weitere Infos finden Sie unter www.missionshaus-alpenblick.ch

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



Christliche Glaubenskonferenz
Norddeutschland



Christliche Glaubenskonferenz
Norddeutschland
www.maikonferenz.de

Herzliche Einladung zur
13. Christlichen Glaubenskonferenz Norddeutschland
am 1. Mai 2024 in Neumünster/ Holstenhallen

Thema: »Israel: Bedeutung und Zukunft«

Gastredner: **Dr. Roger Liebl**

- 10.00 Konferenzbeginn mit Infos
- 10.20 „Israel, Gaza und der Nahostkrieg - Was sagt die Bibel über die Zukunft der Welt?“
- 11.20 „Wandeln mit Gott wie Henoch“
- 12.30 Mittagspause
- 14.00 „Psalm 23 aus jüdischer Sicht“
- 15.15 „Was wir von dem treuen jüdischen Überrest der Zukunft für die heutige Zeit lernen können.“ Offenb. 14,1-5
- 16.30 Ausklang bei Kaffee & Kuchen

Konferenzgebühr inkl. Mittagessen, Kaffee und Kuchen:
€ 15,- p.P.; € 30,- für Familien | Kinderprogramm (4-12 J.)

Anmeldung (zwecks Planung für die Mahlzeiten)
bitte **bis Sonntag 21. April 2024** unter:

www.maikonferenz.de
Tel. 0451/66 100
anmeldung@maikonferenz.de



Zeit für Gespräche | Büchertische | verschiedene Infostände



Die Vorträge können auch als MP3-CD bestellt werden! Einfach eine Mail an: bestellung@maikonferenz.de

„... zur Ausrüstung der Heiligen für das Werk des Dienstes, für die Erbauung des Leibes Christi.“

Epheser 4,12

Holstenhallen
Justus-von-Liebig-Str. 2-4
24537 Neumünster





*„EINER TRAGE DES ANDEREN
LAST, SO WERDET IHR DAS
GESETZ CHRISTI ERFÜLLEN“*

Galater 6,2

