

Jochen Sautermeister
Tobias Skuban (Hg.)

Handbuch
**psychiatrisches
Grundwissen**
für die Seelsorge



HERDER

Handbuch psychiatrisches Grundwissen für die Seelsorge

Handbuch psychiatrisches Grundwissen für die Seelsorge

Herausgegeben von
Jochen Sautermeister und Tobias Skuban
unter Mitarbeit von
Viktoria Lenz

HERDER 

FREIBURG · BASEL · WIEN

© Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2018
Alle Rechte vorbehalten
www.herder.de
Umschlaggestaltung: Finken & Bumiller, Stuttgart
Umschlagmotiv: photocase
Satz: Barbara Herrmann, Freiburg
Herstellung: Těšínská Tiskárna a. s., Český Těšín
Printed in the Czech Republic
ISBN Print 978-3-451-37799-0
ISBN E-Book (PDF) 978-3-451-84799-8

Inhalt

Einführung	9
<i>Jochen Sautermeister, Tobias Skuban</i>	
1. Allgemeiner Teil	
a) Theologische Zugänge	
Irritationen der Lebensführung. Existenzielle und theologisch-ethische Herausforderungen psychischer Erkrankungen	17
<i>Jochen Sautermeister</i>	
Psychiatrische Notfälle und psychische Krisen in der Seelsorge – am Beispiel von depressiven Erkrankungen und Ängsten	34
<i>Klaus Kießling</i>	
Biblische Bilder heilender Seelsorge bei Krisen und seelischen Erkrankungen	54
<i>Anne M. Steinmeier</i>	
Die eigene Verwundbarkeit und Hilfsbedürftigkeit spüren – lebensgeschichtliche Verletzungen und konstitutionelle Vulnerabilität	72
<i>Eckhard Frick SJ</i>	
Trost oder Therapie? – Seelsorge im Kontext der Psychiatrie. Historische Vergewisserungen	92
<i>Wolfgang Reuter</i>	
Pastorale Handlungsfähigkeit im Kontext der Psychiatrie-Seelsorge ..	109
<i>Wolfgang Reuter</i>	

b) Praktische Zugänge

Klassifikation und Diagnose psychischer Erkrankungen	129
<i>Michael Zaudig</i>	
Entstehung, Verbreitung und Folgen psychischer Erkrankungen – ein Überblick	154
<i>Siegfried Weyerer</i>	
Psychopharmakologisches Grundwissen	175
<i>Matthias J. Müller, Otto Benkert</i>	
Rechtliche Aspekte des Umgangs mit psychisch erkrankten Menschen	203
<i>Michael Lindemann, Alexandra Hehr, Katrin Porten</i>	
Kirchenrechtliche Aspekte im Kontext psychischer Erkrankungen . . .	232
<i>Bernhard Sven Anuth</i>	
Stigmatisierung psychischer Erkrankungen	252
<i>Georg Schomerus</i>	
Spezialisierte Berufsgruppen und Institutionen der Sozialpsychiatrie .	262
<i>Ralf-Bruno Zimmermann</i>	
Krisenintervention	284
<i>Tobias Skuban</i>	
Transkulturelle Aspekte von psychischen Erkrankungen	308
<i>Jan Ilhan Kizilhan</i>	

2. Spezieller Teil

Depressionen und affektive Störungen	331
<i>Rupert Conrad</i>	
Suizidalität	356
<i>Manfred Wolfersdorf, Michael Purucker</i>	
Angsterkrankungen	375
<i>Nina Romanczuk-Seiferth, Judith Baron, Janina Rogoll, Loni Brants, Andreas Ströhle</i>	
Zwänge und Zwangsstörung	397
<i>Michael Zaudig</i>	
Anpassungsstörungen	412
<i>Viktoria Lenz, Tobias Skuban</i>	
Essstörungen	427
<i>Gaby Resmark, Stephan Zipfel</i>	
Suchterkrankungen	444
<i>Michael Soyka</i>	
Somatoforme Störungen	464
<i>Thomas H. Loew</i>	
Frühformen psychotischer Störungen	492
<i>Stephan Ruhrmann</i>	
Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	512
<i>Josef Bäuml</i>	
Persönlichkeitsstörungen	541
<i>Rainer Sachse</i>	
Traumatisierung und Missbrauch	560
<i>Ulrich Frommberger, Britta Menne</i>	

Inhalt

Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter	580
<i>Hubert Liebhardt, Andreas Jud, Miriam Rassenhofer, Jörg Michael Fegert</i>	
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	603
<i>Monika Equit</i>	
Demenzerkrankungen	635
<i>Stefan Teipel</i>	
Erschöpfung und Burnout	660
<i>Annette Haußmann, Martin Hautzinger</i>	
Intergeschlechtlichkeit – Körpervielfalt und Geschlechtsidentitäten . .	680
<i>Katinka Schweizer</i>	
Spirituelle Krisen	705
<i>Michael Utsch</i>	
Glossar	725
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	733
Sachregister	738

Einführung

Jochen Sautermeister, Tobias Skuban

Psychische Erkrankungen, seelische Nöte und existenzielle Krisen stellen persönliche und zwischenmenschliche Belastungen dar, in denen Menschen tiefgreifend verunsichert und sich selbst fremd werden können und in denen vertraute Orientierungsmuster und lebensweltliche, sinnstiftende Einbettungen spürbar irritiert werden. In solchen Erfahrungen kommen in besonderer Weise unsere menschliche Vulnerabilität und Zerbrechlichkeit zum Vorschein. Seelsorge und Psychiatrie richten sich an Menschen, vor allem an verletzte Menschen, an Menschen in einer Krise. So sehen sich Seelsorgerinnen und Seelsorger ebenso wie Psychiater und Psychotherapeutinnen in ihrem Alltag mit zahlreichen – sehr unterschiedlichen – (zwischen-)menschlichen Situationen und Konstellationen konfrontiert, die eine große professionelle und existenzielle Herausforderung darstellen können und in denen sie als Begleiter, Zuhörer und Ratgeber angesprochen werden.

Deutliche Unterschiede zwischen diesen verschiedenen helfenden Zugangsweisen bestehen im jeweiligen Deutungsrahmen und in weltanschaulichen Voraussetzungen, die früher immer wieder Gegenstand teils polemischer Auseinandersetzungen waren. Wenngleich bis vor einigen Jahrzehnten auf beiden Seiten eine eher kritisch-ablehnende Haltung vorherrschte, sind seit etwa 50 Jahren beiderseits Ansätze und Initiativen zu beobachten, wechselseitig hilfreiche Leistungen anzuerkennen und jeweils für die eigene Praxis fruchtbar zu machen. Während noch Sigmund Freud bemerkte, dass der „Verlust religiöser Illusionen [...] durch Wissenschaft und Technik“ kompensiert werden könne, begegnen wir heute auf Seiten der Psychotherapie einer großen Anzahl spirituell „fundierter“ Ansätze und Interventionen, etwa im Kontext achtsamkeitsbasierter Verfahren. Auch die Kirchen haben sich psychologischen Erkenntnissen geöffnet: So sind mittlerweile in der kirchlich-seelsorgerischen Praxis zahlreiche Angebote etabliert, die sich im Berührungsfeld zu Psychiatrie, Psychotherapie und psychologischer Beratung bewegen. Zu nennen sind hier insbesondere die Krankenhausseelsorge, Beratungsstellen, Telefonseelsorge, Kinder- und Jugendpastoral, Schulpastoral und die zahlreichen Angebote von Caritas und Diakonie u. a. m. Pastoral- und Moralpsychologie als Praxiswissenschaften im

Schnittfeld von Theologie und Psychologie widmen sich den entsprechenden Fragestellungen.

Sowohl Psychiaterinnen und Psychotherapeuten als auch Seelsorgerinnen und Seelsorger begegnen Menschen in Krisen. Angesichts der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgungslage und einer problematischen gesundheitspolitischen Situation, die dazu führt, dass in Deutschland die Wartezeiten für einen Termin und vor allem für eine längerfristige, kassenärztlich finanzierte Psychotherapie mehrere Monate betragen können, sind auch Seelsorgende als Ansprechpersonen gefragt. Gerade innerhalb der unterschiedlichen, oftmals niederschweligen Gesprächsangebote geraten sie immer wieder in Kontakt mit Menschen, die schwerwiegende persönliche Nöte erleben. Wenn man bedenkt, dass etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung einmal im Leben von einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung betroffen ist, wird klar, dass bei Menschen, die bei Seelsorgerinnen und Seelsorgern Hilfe suchen, durchaus und nicht selten auch ernst zu nehmende psychische Leiden und Beschwerden vorliegen, die einer medizinisch-therapeutischen Behandlung bedürfen. In solchen Situationen stehen Seelsorgende vor zwei wichtigen Aufgaben: Zum einen sollen sie dafür sensibel sein, ob eine psychische Erkrankung vorliegen oder im Hintergrund stehen könnte; zum anderen sollen sie über die entsprechenden Unterstützungsangebote informiert sein, die für die ratsuchende Person hilfreich sein könnten. Daneben kann es auch vorkommen, dass sich Seelsorgerinnen und Seelsorger in kritischen Situationen wiederfinden, die ohne entsprechendes Fachwissen nur schwer zu lösen sind. Wie soll sich beispielsweise ein Seelsorger verhalten, wenn er innerhalb eines Beichtgesprächs von suizidalen Gedanken erfährt? Was kann eine Seelsorgerin tun, wenn eine Mutter berichtet, ihre Tochter esse seit vielen Monaten kaum noch, sei stark untergewichtig und empfinde sich immer noch als zu dick? Was könnte eine angemessene Reaktion darauf sein, wenn einem in einem seelsorgerlichen Gespräch berichtet wird, der andere halte sich für von Gott erwählt und er höre Jesu Stimme? Wie sollte man agieren, wenn ein Kind in der Jugendgruppe andeutet, dass es sich zu Hause unwohl fühlt, weil eines der beiden Elternteile viel Alkohol trinkt und dann aggressiv wird? Wie kann man weiterhelfen, wenn ein Gemeindemitglied das Gespräch sucht und berichtet, ständig zu weinen, nicht mehr aufhören zu können zu grübeln, nicht mehr aus dem Bett zu kommen und die sozialen Kontakte mehr oder minder allesamt abgebrochen zu haben?

Das vorliegende Handbuch möchte für die Not psychischer Erkrankungen und Krisen sensibilisieren, darüber informieren und hilfreiche Hand-

lungsorientierung zur Verfügung stellen. Es will dazu beitragen, das Erkennen einer möglicherweise vorliegenden psychischen Erkrankung zu erleichtern. Zugleich will es aber auch damit verbundene pastorale Herausforderungen theologisch reflektieren.

Der Kontakt zwischen einem Seelsorger bzw. einer Seelsorgerin und einer Hilfe suchenden Person zeichnet sich oftmals dadurch aus, dass ein gutes Vertrauensverhältnis besteht. Der Seelsorger oder die Seelsorgerin hat möglicherweise schon über viele Jahre Kontakt zur Familie, hat vielleicht schon die Hochzeit der Schwester gehalten, das Enkelkind getauft, die Kommunionvorbereitung durchgeführt oder den Kindergottesdienst organisiert. In der Krankenhaus- und Spezialseelsorge sind Seelsorgernde oft die bzw. der „gute Andere“, die Zeit haben und denen man sich öffnen kann. Dabei realisieren sie oftmals persönliche und religiöse Beziehungsqualitäten, die sich in einem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Gespräch so erst einmal nicht unbedingt wiederfinden (und wegen der angestrebten therapeutischen Professionalität und weltanschaulichen Neutralität auch nicht finden sollten). In einem vertrauensvollen Kontakt mit einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger werden mitunter Dinge zur Sprache gebracht, die man anderen gegenüber sich sonst nicht zu sagen traut, die schambesetzt sind oder die bedrohlich wirken. Hat der Seelsorger erkannt, dass eine psychische Störung vorliegen könnte, ist es angezeigt und professionell, medizinische bzw. psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe zu empfehlen. Wenn das Erkennen und Ansprechen des leibseelischen Leidens, der möglichen Erkrankung und ggf. der Verweis auf geeignete Anlaufstellen dazu führt, dass sich die rat suchende Person an entsprechende Einrichtungen wendet, kann sie rasch angemessene Hilfe erhalten. Das Aufsuchen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystems kann jedoch – aus unterschiedlichen Gründen – auch eine hohe Hürde darstellen. Menschen könnten sich „psychiatrisiert“, nicht ausreichend ernst genommen oder aufgrund unangemessener Vorurteile und Stigmatisierungstendenzen sogar abgewertet fühlen. Gerade in solchen Situationen bedarf es dann auf Seiten der Seelsorgenden neben ausreichendem Einfühlungsvermögen und pastoralem Gespür auch eines gewissen Ausmaßes an Fachwissen über psychische Erkrankungen und einer Vorstellung davon, wie man angemessen mit Menschen umgehen kann, die an einer bestimmten psychischen Erkrankung leiden. Dies in Verbindung mit dem gläubigen Vertrauen und der christlichen Überzeugung, dass alle Menschen – unabhängig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krisen jeglicher Art – von Gott gewollt und von seiner unbedingten Liebe und

Sympathie getragen sind, in konkreten Begegnungen erfahrbar zu machen, können wertvolle und heilsame Impulse sein.

Mit diesem Handbuch soll ein differenzierter und verständlicher Überblick über das Fachgebiet für psychiatrisch-psychotherapeutische „Laien“ in professionellen und ehrenamtlichen Seelsorgekontexten gegeben werden. Dabei ist es keineswegs die Absicht des Bandes, die Seelsorgerinnen und Seelsorger zu „Psychiatern light“ zu machen. Das wäre fachlich nicht zu verantworten. Vielmehr geht es darum, das notwendige Basiswissen zu vermitteln, um mit psychiatrisch herausfordernden Situationen umgehen zu können, die einem in der Seelsorge begegnen können. Hierzu sollen im ersten Teil ausgewählte theologische und pastorale Fragestellungen diskutiert und Perspektiven beleuchtet werden, bevor ein allgemeines, störungsunspezifisches psychiatrisches und praktisches Grundlagen- und Hintergrundwissen dargestellt wird. Im zweiten, speziellen Teil werden dann gängige psychische Erkrankungen und spezifische Herausforderungen behandelt, mit denen man in der Seelsorge konfrontiert sein kann. Hierzu werden nach einer kurzen Skizze des Erscheinungsbilds der einzelnen Krankheitsbilder Symptomatik, Diagnostik und ausgewählte Erklärungsansätze skizziert. Ausblicke auf psychotherapeutische Interventionen und Hinweise für die pastorale Praxis wollen praktische Perspektiven eröffnen. Literaturtipps zur Einführung und Vertiefung dienen der weiteren Information. Merkkästen zu Wissenswertem sollen den schnellen Zugriff erleichtern, ohne damit die Lektüre der einzelnen Beiträge ersetzen zu wollen.

Das Spannungsfeld zwischen Psychiatrie und Seelsorge ist nicht frei von Spannungen, aber es ist eben auch „spannend“. Eine Beschäftigung mit diesem Querschnittsbereich ist in jedem Fall sinnvoll und notwendig; sie kann Seelsorgerinnen und Seelsorger befähigen, in den Turbulenzen psychischer Erkrankungen und Krisen nicht die Ruhe zu verlieren. Wenn dieses Handbuch dazu beiträgt, hat es sein Anliegen erfüllt.

Die Idee und Motivation zu diesem Handbuch ist aus unterschiedlichen Fortbildungen, Workshops und Studientagen erwachsen, die im Kontext von Studium und Weiterbildungsveranstaltungen mit hauptamtlichen pastoralen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt wurden, sowie aus zahlreichen Gesprächen mit Seelsorgerinnen und Seelsorgern. Dabei hat sich auch gezeigt, dass trotz aller bereits bestehenden Angebote noch viel Informations- und Bildungsbedarf auch im Kontext von Kirche und Seelsorge besteht.

Dass das Handbuch in dieser Form veröffentlicht werden konnte, verdanken wir dem bereitwilligen Interesse des Verlags Herder; insbesondere Herrn

Clemens Carl, der sehr gründlich, umsichtig und nachdrücklich zum Gelingen des Projekts beigetragen hat, sei ausdrücklich gedankt. Darüber hinaus möchten wir vor allem Frau Viktoria Lenz Dank sagen, die von Anfang an das Projekt maßgeblich unterstützt und inhaltlich-redaktionell mit sehr hohem Engagement und großer Sorgfalt mitgearbeitet hat. Für die Unterstützung der formal-redaktionellen Bearbeitung der Beiträge und des Sachregisters danken wir Justin Dennhardt, Freya Federmann, Stephan Jockheck, Sarah Linnartz, Clara Schipp, Jakob Schrage und Christoph Sötsch. Ohne die Bereitschaft der Autorinnen und Autoren, sich auf dieses Projekt einzulassen, hätte das Handbuch nicht realisiert werden können; der breite Zuspruch zur Sinnhaftigkeit des Anliegens auch aufgrund ihrer jeweiligen Praxiserfahrungen war sehr erfreulich. Ihnen allen sei gedankt. Schließlich gebührt unser Dank all denjenigen, deren Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Krisen – seien sie persönlich erlebt, pastoral begleitet oder psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt – direkt oder indirekt in dieses Handbuch eingeflossen sind. Ihnen sowie allen, die um leibseelische Heilung ringen, und denjenigen, die sich für die Unterstützung und Hilfe psychisch erkrankter Menschen einsetzen, sei dieses Buch gewidmet.

Bonn/München, im Frühsommer 2018
Jochen Sautermeister und Tobias Skuban

1. Allgemeiner Teil

a) Theologische Zugänge

Irritationen der Lebensführung

Existenzielle und theologisch-ethische Herausforderungen psychischer Erkrankungen

Jochen Sautermeister

1. Psychische Erkrankungen als verbreitetes Phänomen in unserer Gesellschaft

In Deutschland leiden aktuell schätzungsweise 10–15 % der Menschen an einer leibseelischen Erkrankung und bedürfen der therapeutischen Hilfe. Die statistische Wahrscheinlichkeit, im Verlauf eines Lebens psychisch zu erkranken, liegt bei etwa 30 %. Bereits diese Angaben zeigen: Psychische Erkrankungen sind ein verbreitetes Phänomen in unserer Gesellschaft, wenngleich es nicht immer sichtbar ist. Das wiegt jedoch umso schwerer, wenn man deren Auswirkungen und Folgeerscheinungen betrachtet. Laut den Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz sind im Jahr 2016 insgesamt 16,2 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen. In absoluten Zahlen sind das 109,2 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage. Lediglich die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes übertreffen noch diese Werte. Hier sind es nämlich 154 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage, also 22,8 %. Und mehr noch: Die Befunde der deutschen Rentenversicherung zeigen, dass psychische Störungen mit Abstand zu den häufigsten krankheitsbedingten Ursachen für verminderte Erwerbsfähigkeit zählen. So lässt sich von 1993 bis 2016 ein weitgehend kontinuierlicher Anstieg von jährlich 41.409 auf 74.468 Personen feststellen, also ein Zuwachs von knapp 80 %. Diese Krankheitsklasse macht demzufolge 42,8 % aller Rentenfälle wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2016 aus. Im Vergleich dazu fällt die zweithäufigste Krankheitsklasse, nämlich Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, mit 13,1 % deutlich geringer aus.

Psychische Erkrankungen sind auch volkswirtschaftlich nicht zu unterschätzen. Sie zählen zu jenen Krankheitsgruppen, die die höchsten Kosten verursachen. Gemäß der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts, also der Abschätzung der ökonomischen Folgen von Krankheiten, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung sowie mit Präven-

tions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen verbunden sind, betragen die *Krankheitskosten* für psychische Störungen im Jahr 2015 in Deutschland 44,4 Milliarden Euro; das entspricht einem Anteil von 13,1 % der gesamten Krankheitskosten (338,2 Milliarden Euro). Lediglich bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren die Kosten ein wenig höher, nämlich 46,4 Milliarden Euro, also etwa 13,7 %. Zusammen mit Krankheiten des Verdauungssystems (41,6 Milliarden Euro, wobei hier vor allem die Kosten für zahnärztliche Leistungen sowie Zahnersatz ins Gewicht fallen) sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen (34,2 Milliarden Euro) machen diese schon die Hälfte aller Krankheitskosten für das Jahr 2015 in Deutschland aus.

Gleichwohl zeigen die gesundheitsstatistischen und gesundheitsökonomischen Befunde, dass eine angemessene und wirksame Strategie zur Prävention noch nicht gefunden ist. Ganz im Gegenteil: Gesundheitsstatistischen Befunden von Studien verschiedener Krankenkassen zufolge gibt es einen *Anstieg der Fallzahlen psychischer Erkrankungen* von 35 bis 45 % allein in den letzten zehn Jahren; das ist mit Abstand die höchste Zuwachsrate im Vergleich zu allen anderen Krankheitsgruppen. Allerdings ist hier vor linearen und einfachen Erklärungsversuchen zu warnen. Gerade das komplexe und vielschichtige Zusammenspiel von leibseelischen, psychosozialen, soziokulturellen und ökonomischen Faktoren weist eindimensionale Erklärungshypothesen und Bewältigungsstrategien als zu kurz aus (vgl. *Dornes* 2016).

Als Ursachen für diesen Anstieg müssen unterschiedliche Faktoren in Betracht gezogen werden. Als erstes ist insbesondere eine Sensibilisierung für psychische Erkrankungen überhaupt zu nennen mit der Folge, dass mehr medizinisch-therapeutische Hilfe aufgesucht wird. Überdies differenziert sich das Diagnosesystem weiter aus, so dass neue Erkrankungen definiert und dann auch diagnostiziert werden können. Außerdem ist von Zuschreibungsverschiebungen auszugehen; demnach werden mitunter körperliche Beschwerden, die früher rein somatisch erklärt wurden, nun als körperliche Symptome einer psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankung ausgelegt und entsprechend anders klassifiziert, so dass – und das ist medizinisch wie auch ethisch relevant – dementsprechend andere Therapiemaßnahmen und Versorgungsleistungen angezeigt sind. Ferner dürfen auch ökonomische Interessen nicht unterschätzt werden. Schließlich wird diskutiert, ob nicht auch die veränderten Bedingungen der Arbeits- und Lebenswelt das Aufkommen psychischer Erkrankungen begünstigen. Mit Verweis auf eine zunehmende, die gesamte Lebenswelt okkupierende Ökonomisierung scheinen erhöhter Leistungsdruck, Beschleunigung und Hektik, der Imperativ zur

Selbstoptimierung, Zukunftsunsicherheiten u. a. m. ebenfalls die leibsee-lische Gesundheit anzugreifen bzw. an den Widerstandskräften zu zehren. Die Folge ist ein erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken. Aber auch der umgekehrte Fall wie Unterforderung, Arbeitslosigkeit oder mangelnde Strukturierung bzw. Rhythmisierung des Alltags können krank machen.

Wenngleich also der Anstieg psychischer Störungen vielschichtig ist und kontrovers diskutiert wird, lassen sich die Befunde nicht ignorieren. Denn es ist auch mit gegenläufigen Tendenzen und Dunkelziffern zu rechnen. So werden aus Sorge vor Stigmatisierung, Ausgrenzung und Bagatellisierung psychische Erkrankungen mitunter durch den Vorschub anderer Diagnosen zu verschleiern versucht. Studien zur Stigmaforschung zeigen etwa, dass somatische oder wenigstens psychosomatische Erklärungen, wie etwa die Bezugnahme auf Erschöpfung, Burnout oder Schmerz, üblicherweise mehr soziale Akzeptanz erfahren und mit weniger Befürchtungen vor abwertenden sozialen Reaktionen verbunden werden, als es bei den meisten psychiatrischen Krankheitsbildern der Fall wäre.

Die statistischen Befunde verdeutlichen das gesellschaftliche Ausmaß des Phänomens leibseelischer Erkrankungen. Die Leiden der Betroffenen sind ernst zu nehmen. Denn die Auswirkungen auf die persönliche Lebensgestaltung sowie auf das zwischenmenschliche Miteinander etwa in Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft oder Kollegenschaft, auf die berufliche Leistungsfähigkeit oder die Lebensqualität insgesamt sind je nach Krankheitsbild und Lebensumständen massiv. Die Beeinträchtigungen sind nicht zu unterschätzen. Beispielsweise erhalten die seelischen Belastungen und psychischen Erkrankungen junger Erwachsener aufgrund ihrer Zuwachsraten auch in den Medien zunehmend Aufmerksamkeit. Fragen prekärer psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz (vgl. *Siegrist* 2016) werden ebenso verstärkt diskutiert wie Möglichkeiten der Prävention und die Bedingungen adäquater Versorgung. All das macht deutlich: Psychische Erkrankungen stellen in verschiedener Weise eine Irritation der Lebensführung dar, die der verstärkten medizinisch-therapeutischen, psychosozialen, gesundheits-, arbeits- und sozialpolitischen sowie der ethischen Reflexion bedarf. Aber auch im Raum von Kirche, Seelsorge und Theologie sind noch mehr Aufmerksamkeit und Sensibilität vonnöten.

Psychische Störungen stellen persönlich, psychosozial, gesellschaftlich und volkswirtschaftlich eine große Herausforderung dar. Aufgrund ihrer weiten Verbreitung ist es nicht ungewöhnlich, mit psychischen Erkrankungen zu tun zu haben, wenngleich sie

häufig eher zu verbergen gesucht werden. Sie bedürfen einer verstärkten medizinisch-therapeutischen, psychosozialen, gesundheits-, arbeits- und sozialpolitischen sowie pastoralen Aufmerksamkeit.

2. Psychische Erkrankungen als Irritation der Lebensführung: phänomenologisch-lebensweltliche Annäherung

Angesichts dieser Schlaglichter erscheint es umso bedenklicher, dass dem Phänomen leibseelischer Erkrankungen – im Unterschied etwa zu somatischen Krankheitsbildern wie Herz-Kreislauf- oder Skelett-Erkrankungen – in weiten Kreisen immer noch mit Unbehagen begegnet wird. Oft bagatellisiert oder übergangen, ja sogar tabuisiert, sind psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft dennoch nichts Unnormales, auch wenn sie von den Betroffenen häufig, zumindest selektiv, verborgen werden. Die Angst vor Benachteiligung und Stigmatisierung der Betroffenen einerseits, aber auch Uninformiertheit, falsche bzw. verzerrte Vorstellungen und Verunsicherung, wie mit leibseelischen Erkrankungen und den Betroffenen umzugehen ist, andererseits sind hierfür maßgebliche Faktoren, wenngleich sicher nicht die einzigen.

Gleichwohl, trotz allem Bemühen bleiben *schwierige Alltagssituationen* nicht aus. In ihrer Komplexität und Unübersichtlichkeit sind manche Phänomene, Symptome und Auswirkungen psychischer Erkrankungen für Personen, die keine Erfahrungen damit haben, nur schwer oder gar nicht zu verstehen, falls das entsprechende Hintergrundwissen oder ein hohes Maß an Empathie fehlen. Dies mag nicht nur daran liegen, dass es einem an relevanten psychiatrisch-psychologischen Kenntnissen mangelt, wovon man üblicherweise ausgehen muss, sofern man nicht mit Fachleuten oder kundigen Betroffenen zu tun hat. Auch schon die schlichte Unkenntnis über das konkrete Vorliegen einer leibseelischen Erkrankung überhaupt kann dazu führen, dass manche Verhaltensweisen und Reaktionen nicht adäquat eingeordnet werden und somit irritieren können. So ist einem etwa nicht nachvollziehbar, weshalb ein guter Freund kaum noch zu gemeinsamen Aktivitäten zu bewegen ist, oder warum eine Nachbarin in den letzten Wochen immer distanzloser wird und nur mit deutlichen Ansprachen angemessen auf Abstand zu halten ist, oder wenn ein Arbeitskollege durch abrupte und extreme Stimmungsschwankungen auffällt oder einen sehr gedämpften, schwergängigen Eindruck macht. Die eigenen emotionalen Reaktionen wie Unsicherheit, Verärgerung oder Unwohlsein, aber auch subjektive Beurtei-

lungen und Erklärungsvermutungen würden wohl weniger stark ausfallen, wenn man die Verhaltensweisen des Gegenübers besser verstehen könnte. Dienlich hierfür wäre es, aufgrund entsprechender Kenntnisse bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen anderer besser einordnen zu können. Dann wäre es außerdem möglich, bis zu einem gewissen Grad eine innere, erfahrungsbezogene Verbindung herzustellen. „Denn psychische Erkrankungen sind nicht etwas völlig Fremdes, zu dem psychisch gesunde Menschen keinerlei Zugang hätten.“ (Hammer et al. 2017, 11) Wenngleich die Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen und zu mentalisieren (vgl. Frick 2017), unterschiedlich ausgeprägt ist, ist ein subjektiver Zugang zur Erlebenswelt der Betroffenen nicht ausgeschlossen und durchaus möglich, wie die Psychologen und Psychotherapeuten Matthias Hammer und Irmgard Plöbl betonen:

„Viele Symptome psychischer Erkrankungen sind nur extreme Ausprägungen von Erlebens- und Verhaltensweisen, die jeder Mensch aus seinem Leben kennt. Manches erleben wir nur in extremen Situationen, beispielsweise wenn wir mit Schicksalsschlägen konfrontiert sind. Anderes kennen wir auch aus unserem Alltag. Alles hat im Grunde seinen Sinn und seine Berechtigung und führt erst in extremer Ausprägung zu einer psychischen Erkrankung. Psychisch kranke Menschen zu verstehen ist daher auch durch den Bezug zu eigenem Erleben möglich.“ (Hammer et al. 2017, 11)

Wie Menschen, die psychisch erkrankt sind oder sich in einer seelischen Krise befinden, sich selbst und ihre Leiden erleben, ist sehr unterschiedlich und hängt von vielfältigen Faktoren ab. Zuerst und vor allem spielen hier die Art der Erkrankung und ihre Symptomatik, aber auch die Weise, wie sie sich in der eigenen Lebensgestaltung und im Miteinander auswirkt und sich als klinisches Störungsbild manifestiert, eine wichtige Rolle. All das bildet eine entscheidende Grundlage für die psychiatrische Diagnostik und Klassifikation.

Auf existenzieller Ebene – wenn sich ein mehr oder weniger thematisches Störungsbewusstsein ausbildet – können sich tiefgreifende Erfahrungen der Verunsicherung, ein Verlust des Zutrauens in sich selbst und in die eigenen Fähigkeiten sowie ein gewisses Erleben der Selbstentfremdung einstellen. Die Erfahrung, den Eigendynamiken von bestimmten Erlebens- und Verhaltensweisen ausgeliefert zu sein, ohne sie selbst kontrollieren oder regulieren zu können, mag neben einer (Selbst-)Verunsicherung auch zu ausgeprägten (Selbst-)Zweifeln, zu Erfahrungen der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins, zu Angst und Bedrohungsgefühlen, zu frustrierenden Bewertungsdynamiken

von Niederlage oder Scheitern führen, die sich tief in die persönliche Identität einschreiben können. Aber auch Unverständnis, Ärger oder (selbst-)destruktive Impulse können die Folge sein und das Erleben innerer Zerrissenheit und Friktionen mit anderen und der Umwelt formen und energiegeladen freisetzen. Darüber hinaus können sich Fragen nach Sinn, Verantwortlichkeit, Schuld und Sünde aufdrängen, um mit solchen – oft noch stärker belastenden – Erklärungsbemühungen nicht bewusst immerhin die Illusion des Verstehens und der Kontrolle aufrechtzuerhalten.

Psychische Erkrankungen stellen demnach eine Verletzung oder gar Bedrohung der Identität eines Menschen dar, eine Beeinträchtigung seiner Freiheit (vgl. *Hunold* 1978). Sie können die existenzielle Befindlichkeit sowie das persönliche Selbsterleben, das eigene Selbstbild und den Selbstwert empfindlich treffen. Ist dies der Fall, dann führen sie auch zu einer tiefgreifenden Verunsicherung von Handlungs- und Entscheidungsorientierung und konkreter Lebensgestaltung, die nicht nur den Umgang mit sich selbst, das Verständnis von Selbstwirksamkeit und das Vertrauen in die eigenen Handlungsmöglichkeiten betrifft, sondern auch zwischenmenschliche Beziehungen und das Weltverhältnis tangiert. Schließlich können sie auch existenzielle Sinnfragen virulent werden lassen.

Insofern psychische Krankheiten die Identität und Lebensführung beeinträchtigen, kommt hier die konstitutionelle Verletzbarkeit und Zerbrechlichkeit des Menschen in seinen Lebensbezügen besonders eindrücklich zum Vorschein. Die leibseelische und soziale Verfasstheit des Menschen tritt aus ihrer lebensweltlichen Selbstverständlichkeit hervor und wird zur psychosomatischen Körperlichkeit, an die man sich gebunden, gefesselt oder in der man sich gar als gefangen erfährt. Man erlebt sich als bedrängend unfrei und ausgeliefert. Insofern lassen sich suizidale Tendenzen zumeist auch als verzweifelte, letzte Bemühungen verstehen, einen Ausweg aus dieser Lage zu finden.

Psychische Erkrankungen können die existenzielle Befindlichkeit sowie das persönliche Selbsterleben, das eigene Selbstbild und den Selbstwert beeinträchtigen und zu einer tiefgreifenden Verunsicherung von Handlungs- und Entscheidungsorientierung führen. Sie können die konkrete Lebensgestaltung sowie das zwischenmenschliche Miteinander und das persönliche Weltverhältnis betreffen und existenzielle Sinnfragen drängend werden lassen. Wie Menschen, die psychisch erkrankt sind oder sich in einer seelischen Krise befinden, sich selbst und ihre Leiden konkret erleben, ist sehr unterschiedlich und hängt von vielfältigen Faktoren ab.

Darüber hinaus führen psychische Erkrankungen nicht nur zu *Irritationen* und *Belastungen* für die erkrankten Personen selbst. Auch die Angehörigen und das nähere Umfeld sind zumeist davon betroffen. Im Kontext von Seelsorge und Beratung sind es häufig diese Personen, die ein helfendes Gespräch aufsuchen, oft nach einer Phase der Verharmlosung und Verleugnung, bis der Leidensdruck oder die Belastungen im Alltag schwer erträglich oder zu groß werden. Denn insofern Angehörige und andere nahestehende Personen den Erkrankten eng verbunden sind, bekommen sie die konkreten Auswirkungen am meisten zu spüren. Das bedeutet auch für sie eine hohe emotionale Belastung und macht sie ebenfalls zu besonders verletzbaren Menschen, die der Sorge bedürfen (Scherer *et al.* 2017). Zu den typischen und häufigsten Belastungen der Angehörigen zählen etwa die Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Sie erfahren sich oft hilflos und verunsichert gegenüber den Symptomen der psychischen Störung, etwa veränderten Verhaltensweisen, Wahrnehmungen, Affekten oder Gedanken der erkrankten Person. Dies kann zugleich zu einer Verunsicherung der eigenen Wahrnehmung und Bewertungen führen und die Frage aufwerfen, ob man mit seiner Realitätseinschätzung überhaupt noch richtig liegt. Damit verbinden sich auch Unsicherheiten bezüglich der eigenen Handlungsfähigkeit und der Selbstwirksamkeit; das Selbstvertrauen der Angehörigen in die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten kann beeinträchtigt werden. Verunsicherung und Hilflosigkeit können sich schließlich auch verstärken, wenn die Krankheitsphasen wiederkehren oder wenn man während symptomfreier bzw. gesunder Phasen sehr sensibilisiert nach möglichen neuen Krankheitsanzeichen Ausschau hält. Neben diesen Befindlichkeiten spielen häufig auch verschiedene Ängste eine Rolle.

„Dazu gehören Sorgen infolge von Informationsmangel, Zukunftsangst, Angst vor einem Rückfall und Angst vor Stigmatisierung. Angst ist für Angehörige ein schlechter Begleiter und sorgt dafür, dass sie sich weit über ihre Belastungsgrenze hinaus verantwortlich fühlen für das, was passiert. Zurückstellen und Verdrängen der eigenen Bedürfnisse geschieht in der Regel aus Angst.“ (Scherer *et al.* 2017, 32)

Darüber hinaus sind auch Schuldgefühle und Schuldzuweisungen zu nennen, die mitunter therapeutische Prozesse und eine gesunde Beziehungsgestaltung erschweren können.

In all diesen Dimensionen zeigt sich, dass durch psychische Erkrankungen und seelische Krisen die Selbstverständlichkeit des Zusammenlebens beeinträchtigt wird und die Ungewissheit sich lähmend über die Beziehungs-

gestaltung legt. Die durch eine psychische Erkrankung bedingten Auswirkungen auf die Biografie und Lebensführung der Angehörigen können (insbesondere wenn Kinder involviert sind) mitunter beträchtlich sein, werden jedoch oft nicht wahrgenommen. Hier sind Information und professionelle Begleitung eine wertvolle und wichtige Hilfe und der Einbezug des familiären Systems in die therapeutische Arbeit ratsam. Auch Selbsthilfegruppen bzw. Angehörigengruppen können hier gute Dienste leisten. Sensibilität und Achtsamkeit für Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung sind auch im pastoralen Handeln angezeigt.

Psychische Störungen stellen auch für die Angehörigen eine Herausforderung dar. Zu den typischen Belastungen zählen Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schuldgefühle und ein geringeres Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit und Realitätswahrnehmung. Oft wird erst nach Phasen der Verharmlosung und Verleugnung Hilfe aufgesucht, wenn die Belastungen für die Betroffenen zu groß werden. Seelsorgerinnen und Seelsorger sollten daher auch für die Belange und das Befinden der Angehörigen achtsam sein und Hilfsangebote aufzeigen können.

3. Psychische Erkrankungen – zwischen leibseelischen Vorgängen, sozialen Prozessen und kulturellen Deutungsmustern

Angeichts der Vielfalt und Unterschiedlichkeit leibseelischer Erkrankungen ist es nicht möglich, „eine einheitliche Definition zu finden, die alle Aspekte psychischer Störung abdeckt“ (Davison *et al.* 2002, 12). Maßgebliche *Merkmale psychischer Erkrankungen* sind: statistische Seltenheit; persönliches Leid, das entweder unmittelbar auf die Symptome zurückgeführt wird oder mittelbar aus den sozialen Reaktionen folgt; Beeinträchtigung der Lebensführung; unangemessenes Erleben und Verhalten oder Verletzung sozialer Normen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Aspekte bei den verschiedenen Krankheitsbildern dieselbe Rolle spielen; sie können unterschiedlich ausgeprägt und relevant sein. Diese Variabilität ist der Grund dafür, weshalb eine einheitliche Definition kaum möglich ist.

Was konkret jeweils als eine psychische Erkrankung definiert wird, ist von praktischer Bedeutung. Denn damit geht die Bestimmung spezifischer Aufgabenbereiche medizinisch-therapeutisch-pflegerischer Fachkräfte oder auch die Festlegung gesellschaftlicher bzw. sozialstaatlicher Versorgungsleistungen einher.

Die Schwierigkeiten, eine einheitliche *Definition* zu finden, lassen sich jedoch nicht nur auf die phänomenale Ebene der jeweils spezifischen Merkmale und Ausprägungen zurückführen. Sie hängen vielmehr auch maßgeblich mit den unterschiedlichen theoretischen Erklärungsansätzen für die Entstehung und das Vorliegen einer seelischen Erkrankung und deren Therapie zusammen. Wenngleich sich mittlerweile zunehmend eine integrative Sichtweise durchsetzt, die vormalig mitunter ideologische Kontroversen zwischen biologischen, psychoanalytischen, lerntheoretisch-kognitiven, humanistisch-existenziellen und systemischen Paradigmen zu überwinden sucht, ist auf empirischer wie anthropologischer Ebene noch Vieles genauer zu klären. Weitgehend anerkannt und praxisleitend sind vor diesem Hintergrund aktuell die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5.

Neben dem Klassifikationssystem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation, das für die Klassifikation und kassenärztliche Abrechnung bei Erkrankungen in Deutschland maßgeblich ist und das psychische Störungen mit einer F-Diagnose versieht, gibt es das diagnostisch-statistische Manual psychischer Störungen, im Jahr 2015 als 5. Auflage auch auf Deutsch erschienen (DSM-5). Es gilt weltweit als das diagnostische Referenzwerk, das in Forschung, klinischer Praxis und Ausbildung zum Einsatz kommt. Dem Verständnis des DSM-5 zufolge werden psychische Störungen als Syndrom, also als gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Krankheitszeichen, verstanden. Laut dem DSM-5 wird eine psychische Störung

„als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Die Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten.“ (DSM-5 2014, 26)

Ausdrücklich grenzt das DSM-5 eine psychische Störung von kulturell akzeptierten seelischen Reaktionen ab:

„Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stressoren oder Verlust, wie z. B. der Tod einer geliebten Person, sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde.“ (DSM-5 2014, 26)

Gemäß dieser Definition von psychischer Störung zeigt sich, dass das Phänomen der leibseelischen Erkrankung an der Grenze zwischen körperlichen Vorgängen und sozialen Prozessen angesiedelt ist. Normative Aspekte spielen ebenso eine Rolle wie deskriptive.

Die Bestimmung dessen, was eine psychische Störung ausmacht, verweist auf zwei Aspekte. Denn eine psychische Störung lässt sich als schädliche leibseelische Dysfunktion in individueller und sozialer Hinsicht bestimmen. Eine leibseelische Störung liegt demnach dann vor, wenn zum einen ein biopsychischer Mechanismus nicht mehr seine natürliche Funktion ausüben kann (*empirisches Kriterium*) und wenn zum anderen diese Dysfunktion einen Schaden für die betroffene Person verursacht, gemessen an ihren sozio-kulturell-biografisch gebildeten Maßstäben (*werthafte Kriterium*). Letzteres verweist darauf, dass durch eine leibseelische Dysfunktion für die Betroffenen, „bezogen auf ihre aktuelle Umgebung und die relevanten kulturellen Maßstäbe, ein signifikanter Schaden“ (Wakefield 2012, 252) entsteht. Hinsichtlich der seelischen Gesundheit kommen also jene Funktionen in den Blick, die man für die eigene Lebensführung in der je aktuellen sozialen Umwelt und in der jeweiligen Kultur benötigt, in der man lebt. Hier sind es insbesondere Menschenbilder, Weltbilder und Sinnannahmen; sie alle fließen ein in das Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

Das Phänomen der leibseelischen Erkrankung ist an der Grenze zwischen körperlichen Vorgängen und sozialen Prozessen angesiedelt. Normative Aspekte spielen ebenso wie deskriptive insofern eine Rolle, als eine psychische Erkrankung als schädliche leibseelische Dysfunktion in individueller und sozialer Hinsicht bestimmt werden kann.

4. Gesundheit und Krankheit als ethische Herausforderung im Horizont des christlichen Glaubens

Die Sorge um kranke und pflegebedürftige Menschen ist ein zentrales Element des christlichen Ethos. Es zeichnet sich durch eine besondere Sensibilität für menschliches Wohlergehen und dessen Beeinträchtigungen aus, ohne jedoch Gesundheit mit dem „Leben in Fülle“ (Joh 10,10) gleichzusetzen. So verstehen die synoptischen Evangelien das heilende Handeln Jesu als Zeichen der anbrechenden Gottesherrschaft (vgl. Mt 11,2–5 und Lk 7,18–22 mit Bezug auf Jes 26,19; 29,28; 35,5f. und 61,1). Heilung und Gesundheit bekommen im neutestamentlichen Deutungsrahmen eine signifikante Ver-

weisbedeutung „als fragmentarische [...] Verkörperung des Heils“ (Rieger 2013, 221) zugesprochen. Als sichtbare und erfahrbare Zeichen der beginnenden Heilszeit stehen sie zwar in faktischer Differenz zur Vollendung des Menschen. Zugleich stellen sie aber eine leibliche Antizipation der „Erfüllung der menschlichen Sehnsucht nach Gesundheit, Leben und Heil dar“ (Schockenhoff 2009, 332). Eine solche theologische Perspektive auf die Gesundheit des Menschen begreift diesen als leibseelische Einheit, in der verschiedene Aspekte der Integrität und des Heilens zu unterscheiden sind. Sie finden darin ihr gemeinsames Ziel, dass es – theologisch gesprochen – um den ganzen, den heilen Menschen geht (vgl. Tillich 1965).

Aus theologisch-ethischer Sicht stehen Krankheit und Gesundheit also in einem Sinnhorizont gelingenden Lebens, der die lebensweltliche Erfahrung der Not des Kranken wahr- und als Imperativ zur Hilfe ernst nimmt, ohne jedoch in der Utopie vollkommener Gesundheit den eigentlichen Ort menschlichen Glückens anzusiedeln. Insbesondere im Falle von Krankheit und wenn menschliches Leben in seiner Existenz bedroht ist, stellt sich die Frage nach möglichen und angemessenen Formen therapeutischer Hilfe. Auf dieser grundsätzlichen normativen Orientierungsebene konvergieren humane Vernunft und christliches Ethos. Der *ethische Imperativ zu helfen* wird nicht von außen an den christlichen Glauben und dessen reflektierte Gestalt herangetragen, sondern das Theologische selbst birgt in sich den Anspruch des Ethischen; auch und besonders wenn es um Gesundheit bzw. Krankheit geht. Konkret im Falle psychischer Störungen können Psychiatrie und Psychotherapie, Seelsorge und Theologie in dieser human-heilenden Grundausrichtung eine Allianz bilden.

Gerade vor manchen problematischen Erfahrungshintergründen und belastenden Deutungsmustern, die Krankheit und Schuld in einen unmittelbaren kausalen oder mythischen Zusammenhang stellen – auch im christlichen Kontext –, ist entschieden die stigmatisierende Behauptung eines generellen Zusammenhangs von Krankheit und Sünde bzw. Schuld sowie unangemessene sprachliche Bilder und Metaphern, die psychisch erkrankte oder in Krisen geratene Menschen abwerten, ausgrenzen oder diskriminieren (vgl. Sontag 2005), zurückzuweisen. Krankheit und Leiden sind „nicht Anlaß zur Denunziation oder Rechtfertigung zur Aussonderung aus der Lebensgemeinschaft, sondern zuallererst Grund zur Teilnahme an der Not des Anderen und Herausforderung zu helfen“ (Hilpert 1997, 232).

Nach theologisch-ethischem Verständnis stellt *Heilung* immer ein *Beziehungsgeschehen* dar und basiert auf sozialer Kommunikation und zwischen-

menschlicher Interaktion. Indem Heilung mehr ist als die Wiederherstellung körperlicher Funktionalität und der erkrankte Mensch nicht auf seine Krankheit reduziert wird, wird er als Person in seiner Handlungs- und Beziehungsfähigkeit angesprochen. Die therapeutischen Bemühungen lassen sich somit letztlich als Beitrag zur praktischen Subjektwerdung des Menschen deuten (vgl. *Kostka* 2000), in der persönliche Veränderung geschieht, Neues entstehen und mitunter auch eine Stärkung der Person erfolgen kann. Dabei ist die theologisch-anthropologische Einsicht in die offene, prinzipiell unabgeschlossene Identität eines jeden Menschen ethisch zur Geltung zu bringen (vgl. *Sautermeister* 2013) – verbunden mit der Hoffnung, dass diese zerbrechliche, vorgängig schon immer von Gott her als einzigartig affirmierte Identität schließlich eschatologisch im Gegenüber Gottes sich vollenden wird. Die Identifizierung, Totalisierung oder Verobjektivierung eines Menschen bezogen auf eine bestimmte leibseelische Erkrankung ist mit diesem Verständnis nicht vereinbar; das gilt selbstverständlich auch für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis. Denn Menschen mit einer Erkrankung „sind eben nicht ihre Krankheit“ (*Maio* 2012, 191).

Indem die persönliche *Lebensgeschichte* mit all ihren soziokulturell bedingten Interaktionserfahrungen die Individualität eines jeden Menschen ausmacht, lässt sich auch die Normalität menschlichen Erlebens und Verhaltens nicht allein aus generellen Normalitätsvorstellungen ableiten oder ausschließlich von überindividuellen Normen her bestimmen. Die Normalität eines jeden Menschen ist stets mit einem biografischen Index versehen, wonach die individuelle Lebensgeschichte konstitutiver Bestandteil der Identität eines Menschen ist. Dies weicht abgrenzende Kategorisierungen in normal-anormal auf. So wird auch der Umgang mit konkreten Formen menschlicher Zerbrechlichkeit und damit auch mit leibseelischer Erkrankung des Menschen theologisch-ethisch neu perspektiviert.

Das Ausmaß an Ausgrenzung oder Anerkennung hängt dann aber ab vom Grad der Empathiefähigkeit, der inneren Weite sowie der Solidarität unter Menschen, die allesamt ihre konstitutionelle Verletzbarkeit und Zerbrechlichkeit im biografischen Gefüge verbindet und eint. Eine Sensibilität für die eigene Verwundbarkeit wie auch für diejenige anderer einerseits und die Bildung einer Identität, die auch mit Mehrdeutigkeiten, Fremdheitserfahrungen und Ohnmacht konstruktiv umzugehen weiß, andererseits eröffnen – nicht nur im Kontext von Theologie und Seelsorge – Möglichkeiten angemessener menschlicher Hilfe, in die das psychiatrisch-psychotherapeutische Bemühen existenziell und sozial eingebettet ist. So betrachtet kann

auch die Seelsorge einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung, Stärkung oder Wiederherstellung seelischer Widerstandskraft, also zur Resilienz von psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen leisten.

Aus theologisch-ethischer Sicht stehen Krankheit und Gesundheit im Sinnhorizont gelingenden Lebens, der die lebensweltliche Erfahrung der Not des Kranken wahr- und als Imperativ zur Hilfe ernst nimmt, ohne jedoch in der Utopie vollkommener Gesundheit den eigentlichen Ort menschlichen Glückens anzusiedeln. Heilung stellt ein Beziehungsgeschehen dar und basiert auf sozialer Kommunikation und zwischenmenschlicher Interaktion. Indem Heilung mehr ist als die Wiederherstellung körperlicher Funktionalität und erkrankte Menschen nicht auf ihre Krankheit reduziert werden, werden sie als Person in ihrer Handlungs- und Beziehungsfähigkeit und ihrem Bemühen um gelingende Identität angesprochen. Dabei ist die theologische Einsicht in die offene, prinzipiell unabgeschlossene Identität eines jeden Menschen zu betonen – verbunden mit der Hoffnung, dass diese zerbrechliche, vorgängig schon immer von Gott her als einzigartig affirmierte Identität schließlich eschatologisch im Gegenüber Gottes sich vollenden wird.

5. Seelsorge im Kontext psychischer Erkrankungen als Beitrag zur Resilienz

In Anlehnung an eine pädagogisch-psychologisch-therapeutische Perspektive versteht man unter Resilienz die Fähigkeit von Menschen, „Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin 2012, 13). Dies beinhaltet auch eine positive Erholungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen, traumatischen Ereignissen oder seelischen Krisen. Als variable und dynamische Prozessgröße ist Resilienz vieldimensional und abhängig von situationsspezifischen und biografischen Faktoren. Aufgrund der Wechselwirkungen von Vulnerabilitäts-, Risiko- und Schutzfaktoren ist eine lineare Ableitung von Resilienz nicht möglich; vielmehr koexistieren verschiedene Resilienzmodelle (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2014; Kent et al. 2014). Vor allem der pädagogisch-psychologische Fokus auf Resilienzfaktoren, genauer: auf personale Ressourcen und präventive Maßnahmen zielt darauf ab, Menschen in ihrer seelischen Widerstandskraft zu stärken.

Aus einer theologisch-ethischen Perspektive lässt sich *Resilienz* als eine vulnerabilitätsbewusste und krisensensible Perspektive für Identitätsbildung und