WEISSES KREUZ

Zeitschrift für Sexualität und Beziehung

Ausgabe 4 | 2017 | #71

EINZELPREIS 3 EUR

Psychische Störungen und Sexualität

Auswirkungen auf Beziehung · Nebenwirkungen von Psychopharmaka · Strategien für Angehörige

Martin Leupold
Leiter Weißes Kreuz e. V.

Psychische Störungen und Sexualität

Liebe Leserinnen und Leser,

Statistiken zufolge steigt die Zahl der Menschen weiter an, die in unserem Land an psychischen Störungen leiden. Damit ist nicht nur seitens der Erkrankten viel Leid verbunden. Es bedeutet auch für Angehörige und enge Freunde oft eine große Belastung. Diese Zeitschrift widmet sich der Frage, welche Lasten mit der psychischen Krankheit eines nahe stehenden Menschen verbunden sein können und wie man damit so umgehen kann, dass die eigene Gesundheit und Lebensfreude bewahrt wird.

Als Einstieg in das Thema wählen wir einen Auszug aus dem Buch von Wilfried Veeser: „Mit psychisch kranken Menschen in Beziehung sein". Darin werden Kernbegriffe und wichtige Unterscheidungen zum Thema erläutert.

Im Artikel von Markus Hoffmann geht es am Beispiel der Depression um die unmittelbaren Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und der sexuellen Sphäre. Einerseits wirkt die Störung verständlicherweise auf die Sexualität ein. Aber auch sexuelle Erfahrungen und Defizite können auf die Krankheit zurückwirken oder dieser vorausgehen. Für den Umgang mit beidem ist es hilfreich, solche Zusammenhänge zu entdecken.

Psychische Störungen machen meist auch die Gabe geeigneter Arzneimittel nötig. Aber Medikamente haben Nebenwirkungen. Welche Nebenwirkungen von Psychopharmaka direkt oder indirekt auf die Sexualität des Menschen wirken können, stellt der Beitrag von Prof. Dr. Arnd Barocka dar.

Angehörige von psychisch Kranken stehen in einer besonderen Belastung. Einem erheblichen Risiko sind dabei Kinder psychisch kranker Eltern ausgesetzt. Der Kranke selbst kann dafür natürlich nichts. Zugleich muss die Gesundheit seiner Mitmenschen geschützt werden, auch um seinetwillen. Stefania Zastrow gibt dazu in einem Interview wertvolle Impulse.

In den Theologischen Notizen setze ich die Idee fort, Grundmodelle evangelischer Ethik vor dem Hintergrund unserer konkreten Themen zu erläutern. Diesmal geht es um die Frage, welche Bedeutung biblische Gebote für den evangelischen Glauben haben. Außerdem finden Sie in diesem Heft einen Hinweis auf neu erschienenes Aufklärungsmaterial.

Ich wünsche Ihnen eine gewinnbringende Lektüre und Gottes Segen,
Ihr

Martin Leupold,
Leiter Weißes Kreuz e. V.

Impressum

Herausgeber und Verleger:
Weißes Kreuz e.V.
Weißes-Kreuz-Straße 3
34292 Ahnatal/Kassel

Tel. 05609/8399-0
Fax: 05609/8399-22

info@weisses-kreuz.de
www.weisses-kreuz.de

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bezugspreis:
12 Euro jährlich
(Ausland 18 Euro)

Konto:
Weißes Kreuz e.V.
Evangelische Bank eG
IBAN:
DE22 52060410 0000 001937
BIC: GENODEF1EK1

Schriftleitung:
Martin Leupold

Titelbild: istockphoto.com, Nikada

Auflage: Dezember 2017, 9.000 Exemplare

Foto: istockphoto.com / filipw

Was ist »psychisch krank« oder eine »psychische Störung«?

Wilfried Veeser

Darunter versteht man in der Regel eine auffallende Abweichung von der Norm im Blick auf das Verhalten und Erleben des Menschen. Üblicherweise tangiert eine solche Störung das Denken, Fühlen und Handeln des Menschen. Dies hat unterschiedlich stark erlebtes Leid zur Folge.

Fragt man nach den Ursachen psychischer Störungen, so ist die wichtigste Einsicht: Es gibt nicht eine Ursache alleine. Meist sind es verschiedene Ursachen (Multikausalität). Selbst wenn womöglich eine Ursache im Vordergrund steht, z. B. ein Stoffwechselproblem des Gehirns, gibt es in der Regel noch andere Auslöser (z. B. Stress im Umfeld).

Manchmal tragen Menschen eine sogenannte Prädisposition, d. h. eine gewisse Empfänglichkeit in sich, die unter bestimmten Umständen relevant werden kann, bei anderen jedoch nicht zum Tragen kommt. Ursachen können auch in der frühen Kindheit liegen, in negativen Erziehungsstilen seitens der Eltern, in psychischen Verletzungen aufgrund mangelnder Bindung oder durch körperliche, sexuelle oder psychische Gewalt. Auch Schwierigkeiten bei der Geburt, wie etwa Sauerstoffmangel, können sich schädigend auf die Funktionsweisen des Gehirns auswirken und später in der Biografie nachwirken.

Viele Betroffene möchten mögliche Ursachen ihrer Erkrankung verstehen. Einfache, absolute Aussagen sind aber meist unangebracht. Einen wichtigen Platz hat hier die sogenannte Psychoedukation (z. B. Aufklärung über psychische Störungen und ihre Zusammenhänge). Entscheidend ist jedoch, dass es zu einer qualifizierten Behandlung kommt.

Die Angehörigen sind von einer Erkrankung mit betroffen, da sie in einer mehr oder weniger nahen Beziehung zu dem Menschen stehen, der dieses abweichende Verhalten zeigt.

Wenn Menschen an einer psychischen Störung leiden, geben sie anderen vielfach Rätsel auf. Auch in christlichen Gemeinden haben es betroffene Menschen nicht einfach. Ihr Verhalten ist uns fremd. Manchmal wirkt es so, als ob sie die Kontrolle über sich selbst nicht mehr hätten. Hat hier etwas anderes in ihnen die Kontrolle übernommen? Vielleicht etwas »Dunkles«, etwas Dämonisches? Doch Vorsicht. Vieles von diesem rätselhaften Verhalten geht auf das Konto psychischer Störungen, z.B. verbunden mit Stoffwechselveränderungen im Gehirn. Diese Störungen kann man in der Regel diagnostizieren. Und für viele dieser Störungen gibt es auch hilfreiche Therapien und Medikamente aus den Möglichkeiten von Gottes Schöpfung.

Diagnostik im Wandel

Wie in anderen Bereichen auch, wandeln sich die Betrachtungsweise und die Deutung von abweichendem Verhalten.

In den Anfängen der Psychiatrie schrieb man psychische Störungen den Menschen zu: Das ist ein Depressiver, das ein Zwangserkrankter, das ein Schizophrener. Diese Anfänge waren für die Betroffenen schlimm. Sie wurden auf ihre Krankheit reduziert und die Diagnose war wie ein Stempel, den man ein Leben lang nicht mehr wegbekam. Selbst Angehörige wurden in diesem zuschreibenden Sinn

klassifiziert: Das ist eine »schizophrenogene« Mutter, d. h. eine Frau, die in ihrer Wirkung auf das Kind diese psychische Krankheit mit verursacht hat. Oder bei Essstörungen konnte man auf einen typisch schwarz gekleideten, sachlich distanzierten Vater und eine sehr bestimmende, äußerst genaue Mutter zurückschließen.

Es ist gut, dass diese Art der Diagnostik zumindest in den Fachkreisen längst überwunden ist. Man kann nur ahnen, wie viel Herzeleid diese Betrachtungsweisen über Familien gebracht haben. Leider sind solche pauschalen Zuschreibungen und Deutungen nicht selten im alltäglichen Umfeld bis heute erhalten geblieben. Da glaubt man dann immer noch genau zu wissen, was das für Eltern sind, wenn der Sohn oder die Tochter psychisch erkrankt, oder was das für unberechenbare Menschen sind, wenn sie an einer psychischen Störung leiden. Mit denen will man ja nichts zu tun haben. Distanz halten. Sie könnten das soziale Miteinander einer Hausgemeinschaft durcheinanderbringen oder gar gefährlich werden.

Sicher gibt es Fälle, bei denen psychiatrische Gutachten aufzeigen, dass straffällig gewordene Personen im konkreten Fall nicht Herr ihrer selbst waren. Sie werden dann in den sogenannten Maßregelvollzug verbracht. Dort werden Straftäter untergebracht, die aufgrund ihrer Schuldunfähigkeit dem »normalen« Strafvollzug nicht zugeführt werden können. Es sind Menschen, die an bestimmten Formen einer für sie nicht mehr kontrollierbaren schizophrenen Psychose, an schweren Persönlichkeitsstörungen etc. leiden. Dies ist das Gebiet der forensischen Psychiatrie. Aber die meisten Straftäter sind schuldfähig, psychisch nicht krank und verbüßen ihre »normale« Haftstrafe.

„Da glaubt man dann immer noch genau zu wissen, was das für Eltern sind, wenn der Sohn oder die Tochter psychisch erkrankt, oder was das für unberechenbare Menschen sind, wenn sie an einer psychischen Störung leiden. Mit denen will man ja nichts zu tun haben. Distanz halten.“

Das heutige Diagnoseverständnis ist eher deskriptiv, d.h. beschreibend orientiert. Ein Mensch wird nicht mehr zuschreibend als der Depressive bezeichnet, sondern es wird sein Verhalten beschrieben. Hierzu wurden in den letzten Jahrzehnten diagnostische Kriterien erarbeitet. Was bedeutet das?

Für jede anerkannte psychische Störung sind entsprechende Symptome definiert. Wenn eine gewisse Anzahl zutrifft, kann man davon sprechen, dass dieser Mensch z.B. an bestimmten Formen von Depressionen oder Ängsten leidet.

Wer sich damit beschäftigt, merkt schnell, dass das eine oder andere Symptom auf gewisse Mitmenschen oder gar auf das eigene Verhalten zutrifft.

Manchmal wird das Verhalten einer Person zwar als auffällig beschrieben, aber es reicht nicht zur Diagnosestellung. In diesem Fall kann man allenfalls sagen: Hier gibt es eine gewisse Nähe zu einer Depression, aber die Kriterien sind nicht erfüllt. Damit gilt dieser Mensch auch nicht als psychisch krank.

Neurotisches und psychotisches Verhalten

Die Zuordnung verschiedener psychischer Störungen in unterschiedliche Gruppen hat sich ebenfalls verändert. Unter einer *neurotischen Störung* kann man verschiedene Ängste, Zwänge, Sexualstörungen, depressive Verstimmungen, Essstörungen, Suchtstörungen usw. fassen. Betroffene verzerren dabei die Wirklichkeit, verlieren sie aber nicht vollständig; sie zeigen zwar ein abweichendes Verhalten, sind sich aber ihrer Störung bewusst. Diese Störungen werden meist durch psychische Konfliktlagen und oft zusätzlich auch durch genetische Einflüsse verursacht und sind psychotherapeutischen Behandlungsansätzen relativ gut zugänglich. Krankheitseinsicht und auch Leidensdruck sind meist vorhanden.

Zu den *psychotischen Störungen* zählt man u. a. folgende psychischen Erkrankungen: Schizophrenie, wahnhafte Störungen, Manie und organische Psychosen. Auch schwere Depressionen und die bipolare Störung (manisch-depressive Störung) können mit psychotischen Merkmalen einhergehen, ohne dass es sich dann um Psychosen handelt. Häufig zeigen sich in solchen Situationen der Verlust der Realität, eine sogenannte „Plussymptomatik“ mit Wahnsymptomen, Halluzinationen (Stimmen hören, Gegenstände sehen, nichtwahrnehmen usw.), Ich-Störungen, Störungen des Denkens (z. B. neue Wortkreationen) und des Affektes (Gefühlsleben) oder „Minussymptomatik“ (Verflachung und Entdifferenzierung von Denken, Affekten, Mimik und Gestik.

Die Störungen können körperlich und seelisch bedingt sein. Viele dieser Störungen treten schon im Jugendalter auf und müssen psychiatrisch (z.B. mit Medikamenten) behandelt werden.

Seelsorge und Beratung können hier eher begleitend tätig werden. Die richtige Adresse in solchen Fällen ist der Facharzt für Psychiatrie. Durch Medikamente können die Symptome wesentlich gelindert und die oft monatelange Krankheitsdauer deutlich verkürzt werden.

Wilfried Veeser
arbeitet mit einem Dienstauftrag von 50% als Pfarrer in Dettingen unter Teck. Er ist Leiter der Bildungsinitiative für Seelsorge und Beratung gGmbH, durch die Menschen zu qualifizierten Gesprächspartnern in Seelsorge und Lebensberatung ausgebildet werden. Ehrenamtlich ist er Vorsitzender des Weißen Kreuzes e.V. Der Artikel ist ein gekürzter Auszug aus seinem Buch „Mit psychisch kranken Menschen in Beziehung sein“, erschienen bei SCM Hänssler 2013 (ISBN-13- 9783775171762), S. 21-41

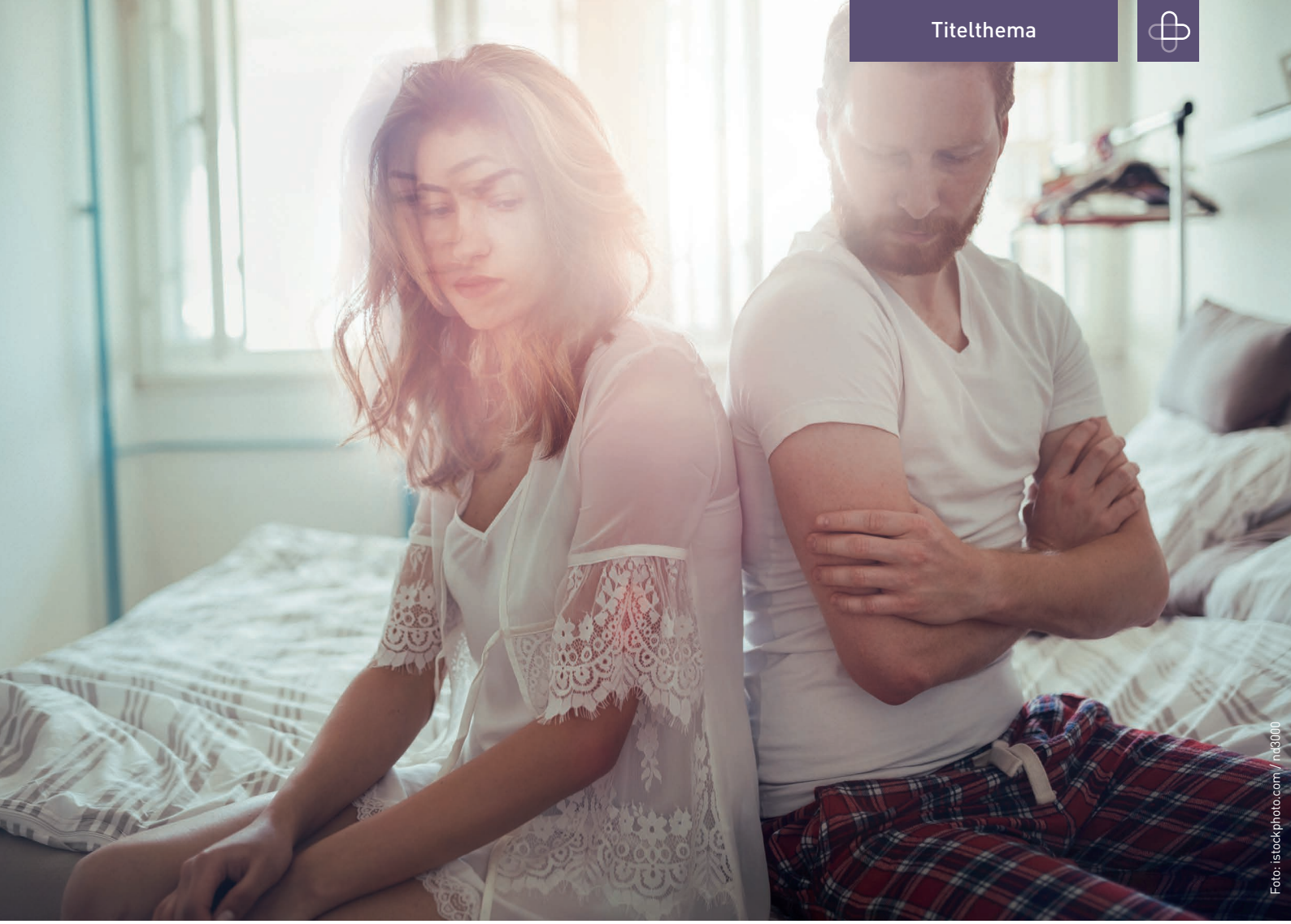

Foto: istockphoto.com/ nd3000

Depression, sexuelle Störung und Beziehung

Markus Hoffmann

Betreten wir die Landschaft der Psychologie und Psychiatrie in dem Glauben, etwas über den Zusammenhang von psychischer Erkrankung, Sexualität und Partnerschaft erfahren zu können, dann befinden wir uns schneller als gedacht auf unerforschtem Terrain. Denn abgesehen von der Depression ist dieser Zusammenhang schlecht oder bislang gar nicht erforscht[1]. Auch wenn ich mich in diesem Artikel nur auf die Depression beziehe und dort den Zusammenhang von Sexualität und Partnerschaft beleuchte, so soll der Artikel zuerst ein Vorgehen skizzieren, das Beratern bei der Begleitung von Paaren helfen kann, die von psychischer Erkrankung betroffen sind.

Erkundung der Datenlandschaft

Zunächst wollen wir so weit wie möglich nach gesicherten Daten Ausschau halten, die etwas über den Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung, Partnerschaft und Sexualität aussagen. Denn nicht immer, wo in Untersuchungen über sexuelle Störungen gesprochen wird, ist schon ein Effekt auf die Partnerschaft eingeschlossen[2]. So müssen wir bei der Sichtung der Daten stets folgende Fragen stellen:

- Wie wird der generelle Zusammenhang von Sexualität und psychischer Erkrankung beschrieben?
- Sind Störungen der Sexualität eine Folge der psychischen Erkrankung oder umgekehrt?

1 vgl. u.a. H. Schmidt, M. Berner, Sexuelle Störungen bei psychiatrischen Erkrankungen, in: P. Briken, M. Berner, Praxisbuch sexuelle Störungen, Stuttgart 2013; G. Aksaray, B. Yelken, C. Kaptanoglu, S. Oflu, M. Özaltin, Sexuality in Women with Obsessive Compulsive Disorder, **in:** Journal of Sex & Marital Therapy, 27:273–277, 2001

2 Leider geht der Artikel von H. Schmidt und M. Berner nicht auf den Zusammenhang von sexueller Störung und Paarbeziehung ein. Sondern nur auf den Zusammenhang von psychischer Erkrankung und sexueller Störung.

- Sagen die Daten etwas über den Zusammenhang von Partnerschaft und psychischer Erkrankung aus?
- Zeigen die Daten einen Zusammenhang zwischen Partnerschaft, psychischer Erkrankung und Sexualität?

Die Datenlage zur Depression

Nachfolgend sind einige wesentliche Erträge dargestellt, die mittels der oben genannten Fragen aus der Datenlandschaft der Depression zusammengetragen wurden:

Der Zusammenhang von Sexualität und psychischer Erkrankung bei Depression

Für die unipolare Depression ist der Zusammenhang von Depression und Sexualität bzw. sexueller Störung gut dokumentiert[3]. So zeigen 80 – 90% der Betroffenen eine Abnahme des sexuellen Verlangens. Wobei nur 50% darunter leiden[4]. Bis zu 23% der depressiven Patienten berichten von einer Steigerung des sexuellen Verlangens, was sich u.a. in einer erhöhten Masturbationstätigkeit ausdrückt, die stimmungsaufhellende Wirkung hat[5].

Der Zusammenhang von sexuellen Störungen und psychischer Erkrankung und umgekehrt

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass die Depression sexuelle Störungen mit sich bringt und dass sexuelle Störungen Depressionen begünstigen können. So ist bei depressiven Männern (auch ohne pharmakologische Behandlung) eine physiologische Abnahme der Erektionsbereitschaft zu beobachten. Bei Frauen ist die Erregbarkeit deutlich reduziert (s.u.).[6] Die generelle Abnahme der Erregbarkeit, verbunden mit einer Verringerung der sexuellen Lust wird vor allem neurobiologisch durch ein Ungleichgewicht des Serotoninhaushalts im Gehirn erklärt[7]. Gleichzeitig können sexuelle Störungen auch zu Depressionen führen[8], vor allem dann, wenn die Betroffenen in einer Partnerschaft leben.

Der Zusammenhang von Partnerschaft und psychischer Erkrankung

Da die Ersterkrankung bei Depression häufig zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr eintritt, liegt es nahe, einen ursächlichen Zusammenhang mit der Paarbeziehung anzunehmen. Immerhin sagen 50 – 70% der depressiven Frauen und 60% aller Depressiven, dass Partnerschaftsprobleme entweder der Erkrankung vorausgingen oder gar Ursache der Erkrankung waren. Ebenso sorgen Partnerschaftsprobleme für einen ungünstigen Verlauf und eine Verschlechterung der Gesundung eines Patienten. Werden Partnerschaftsprobleme nicht behoben, dann ist die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöht.[9]

Der Zusammenhang von Partnerschaft, psychischer Erkrankung und Sexualität

Der Zusammenhang zwischen allen drei Faktoren wurde noch nie untersucht. Allerdings zeigt eine sehr umfassende Auswertung verschiedener Untersuchungen von Laurent/Simon (2009, S. 576), dass sich die bei einer Depression auftretenden sexuellen Störungen auf den ganzen Erregungszyklus[10] der partnerschaftlichen Sexualität auswirken. So ist bei Männern die Erregungsphase durch eine bis zu 2,3-fache erektile Dysfunktion gestört, bei Frauen durch eine 6-mal häufigere Hemmung der sexuellen Erregung und einer 2,3-mal erhöhten vaginalen Trockenheit[11]. In der Plateauphase treten vor allem bei Frauen Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs auf (Dyspareunie). Sie sind gegenüber nicht-depressiven Frauen um das 4,4-Fache erhöht. Schließlich ist auch der Orgasmus bei depressiven Männern gestört, da sie 2,5-mal häufiger als Nicht-Depressive früh zum Orgasmus kommen. Frauen dagegen klagen 4,5-mal öfter über einen gehemmten Orgasmus.

An Aussagekraft gewinnen die aufgeführten Daten, wenn man bedenkt, dass nicht nur Depressionen sexuelle Störungen bedingen, sondern dass sexuelle Störungen auch eine Auswirkung auf die Depression haben.[12] Ebenso ist zu bedenken, dass durch die Störung des Erregungszyklus die partnerschaftliche Zufriedenheit bei beiden Partnern sinkt und dass eine negativ wahrgenommene Partnerschaft das Depressionsrisiko erhöht.[13]

Zusammenfassung

Auch wenn der Zusammenhang zwischen Paarbeziehung, Depression und Sexualität wenig erforscht ist, so lassen sich die Daten zu folgenden begründeten Annahmen zusammenfassen:

- Sexuelle Störungen können bis zu 90% eine Folge von Depression sein. Auch wenn der depressive Ehepartner

3 vgl. S.M.Laurent; A.D.Simons, Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension, in: Clinical Psychology Review 29:573-585 , 2009-11-30, S. 574
4 vgl. H. Schmidt, M. Berner 2013
5 vgl. S.M.Laurent, A.D.Simon 2009, S. 576
6 ebd. 577
7 vgl. H. Schmidt, M. Berner 2013
8 vgl. ebd., U. Hartmann, Sexuelle Funktionsstörung: Psychologische Aspekte und Umgang mit der Krankheit, in: W. Gaebel, H.-P. Hartung (Hg.), Psyche, Schmerz, sexuelle Dysfunktion, Berlin Heidelberg 2003, S. 122f.

9 vgl. G. Bodemann, Klinische Paar- und Familienpsychologie, Bern 2013, S. 55f.
10 Reaktionszyklus geht zurück auf William Masters und Virginia Johnsen, die den Erregungszyklus partnerschaftlicher Sexualität in die Erregungsphase, Plateauphase, Orgasmus und Rückbildungsphase eingeteilt haben (vgl. W. H. Masters, V. E. Johnson: Human sexual response. Little/Brown, Boston 1966)
11 Es ist zu beachten, dass die Symptome auch nach Abklingen der Depression verbleiben; vor allem bei Frauen, die bereits mehrere depressive Episoden hatten (vgl. Bodenmann 2013, S. 61, Laurent/Simon 2009, S. 577).
12 vgl. E. Atlantis, T. Sullivan, Bidirectional Association Between Depression and Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis, in: International Society for Sexual Medicine, 2012, 9:1497–1507, U. Hartmann, Depressionen und sexuelle Funktionsstörungen: Aspekte eines vielschichtigen Zusammenhangs, in: Psychiat Prax 2007; 34: S. 314-317

13 vgl. G. Bodenmann, ebd. 2013, S. 62f.; N.R. Benazon, J.C. Coyne, Living with a Depressed Spouse, in: Journal of Family Psychology 2000 Mar;14(1):71-79.

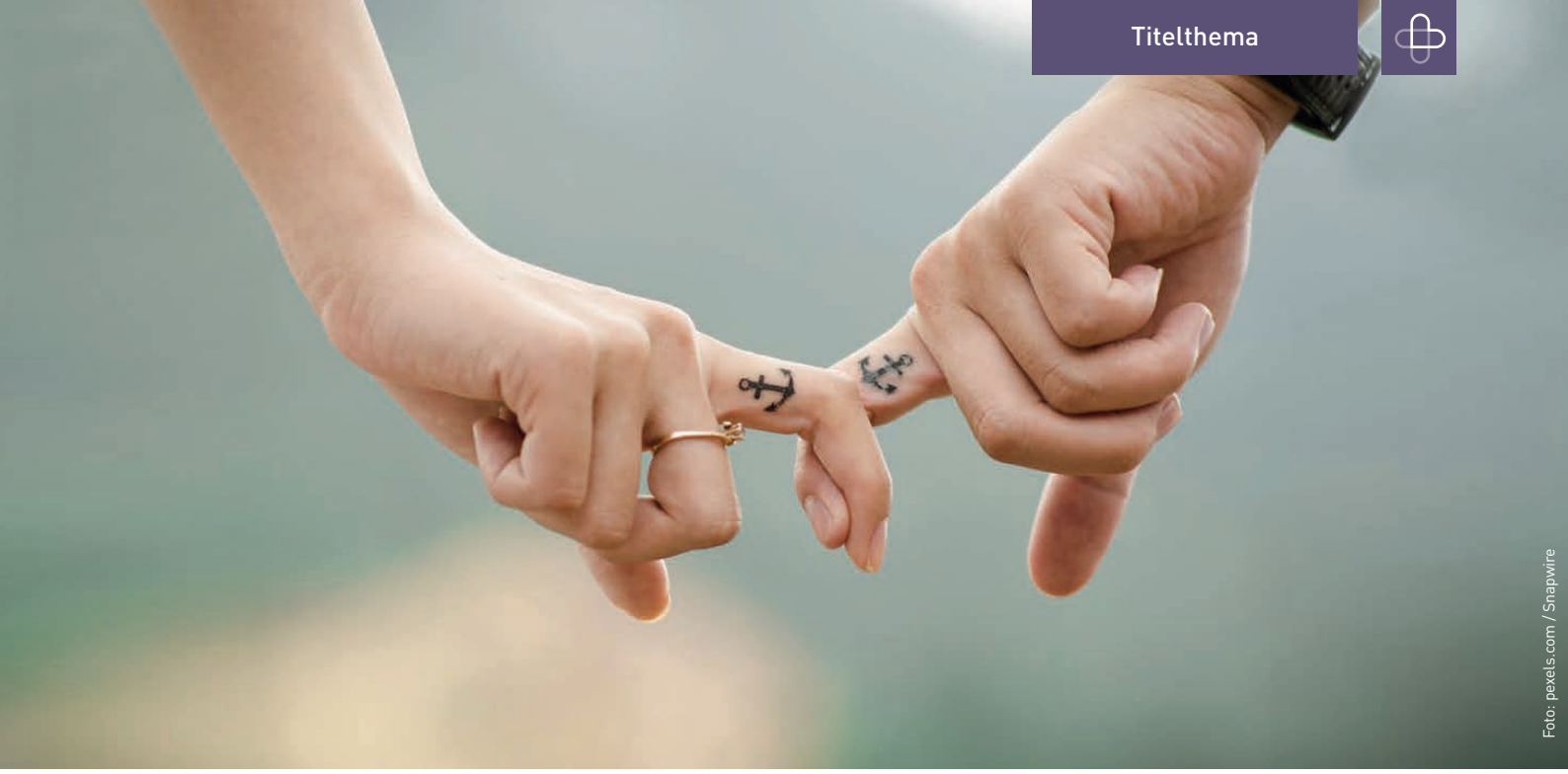

Foto: pexels.com / Snapwire

nicht an der Störung leidet, so können doch die Partnerschaftszufriedenheit im Allgemeinen und die sexuelle Zufriedenheit im Speziellen beim nicht-depressiven Partner absinken.

- Wichtiger als die sexuelle Störung erscheint jedoch der Zusammenhang zwischen allgemeiner Partnerschaftszufriedenheit und Depression. Denn immerhin sagen rund 60% der depressiven Menschen, die in einer Beziehung leben, dass die Beziehung ursächlich für die Krankheit war.
- Sexuelle Störungen können aber auch der Depression vorausgehen und können bereits vor Eintreten der Krankheit zu einer Irritation in der Partnerschaft führen. Dadurch können wichtige Grundfesten der Partnerschaft erschüttert werden, zum Beispiel der eheliche Zusammenhalt oder die partnerschaftliche Intimität. Ebenso kann es in Folge einer sexuellen Störung zu verbaler und physischer Aggression zwischen den Partnern kommen, zur Bloßstellung eines Partners oder zu Formen der Problemlösung, bei denen das psychische Defizit des Partners nicht beachtet wird etc.[14]

Begleitung von Paaren oder: Das Wichtigste zuerst

Welchen Beitrag leisten die Erträge aus der Datenlandschaft der Depression nun für die Begleitung von Paaren? Sie weisen den Berater zum einen darauf hin, dass er die gegenseitige Bedingtheit von Depression, Sexualität und Partnerschaft im Blick haben muss (Komorbidität), und sie helfen ihm zum anderen, Annahmen und gute Fragen für die Beratung zu entwickeln. Aus den Daten lassen sich darüber hinaus auch Arbeitswege ableiten, die eine erste Fallorientierung ermöglichen.

14 vgl. S.Beach, E.Sandeen, K.D.O'Leary, Depression in Marriage New York, London 1990, S. 54

Gute Fragen und Arbeitswege

Generell können aus den Daten für die Depression folgende Arbeitswege abgeleitet werden:

Arbeitsweg 1

Ist die Partnerschaftsstabilität eines Paares hoch, aber es liegt eine durch die Depression bedingte sexuelle Störung vor, dann kann der Berater folgende Fragen stellen:

- Hat die sexuelle Störung bereits vor Eintritt der Krankheit bestanden?
- Wie wirkt sich die sexuelle Störung derzeit auf die Zufriedenheit beider Partner aus?
- Inwieweit sind die beiden Partner über mögliche sexuelle Störungen bei einer Depression informiert?

Möglicher Arbeitsweg: Willigt das Paar ein, so könnte an der Neuformulierung der ehelichen Sexualität gearbeitet werden. Vor allem sollte das Paar dabei angeleitet werden, solche Formen der Sexualität zu entdecken, wo Konflikte vermieden werden können. So kann in einem Fall, wo körperliche Nähe angstbesetzt ist, langsam Zärtlichkeit im angezogenen Zustand aufgebaut werden oder es kann dort, wo Geschlechtsverkehr emotional überfordert, die Betonung auf körperliche Zärtlichkeit gelegt werden. Daneben sollten Ehepaare, bei denen aufgrund der psychischen Erkrankung Sexualität schwierig geworden ist, verstehen, dass die Grundbedürfnisse nach vertrauensvoller und verlässlicher Beziehung, nach Geborgenheit und Sicherheit und nach angstfreier Annahme der eigenen Person für den Menschen höher wiegen, als die sexuelle Erfüllung.[15] So ist es für viele betroffene Paare wichtiger, nicht-sexuelle

15 vgl. K.M. Beier, Ch. Ahlers, Auswirkungen neurologischer Erkrankungen auf Sexualität und Partnerschaft, in: W. Gaebel, H.-P. Hartung (Hg.) Psyche, Schmerz, sexuelle Dysfunktion, Berlin Heidelberg 2003: Beier/Ahlers weisen auf Untersuchungen hin, nach denen die Erfüllung von sexuellen Bedürfnissen für den Menschen in einem mittleren Bereich rangiert, während Sicherheit, Annahme, Geborgenheit, Zuhause vorrangig sind.

Bedürfnisse miteinander zu teilen, als sexuelle. Denn die Verwirklichung nicht-sexueller Bedürfnisse durchdringt mehrere Lebensbereiche und erhöht damit die gesamte Lebensqualität.

Arbeitsweg 2

Ist die Partnerschaftszufriedenheit noch stabil, aber kommt es durch die Zunahme der sexuellen Störungen zu einer emotionalen Belastung eines oder beider Partner, dann sollte das Paar angeleitet werden, mit der Sexualität zunächst auszusetzen.[16] – Dieser Einschnitt in die Beratung muss vom Berater gründlich erwogen werden und sollte vor allem dann stattfinden, wenn sich ein Paar in der Sexualität wirklich Verletzungen zufügt, die das gemeinsame Miteinander nachhaltig schädigen. Ziel wäre dann, dem Paar – neben der Information über sexuelle Störungen als Folge der Depression – zur Erschließung von Ressourcen zu verhelfen, mit denen sie vor der Erkrankung die Partnerschaftszufriedenheit hergestellt haben.

Dies kann durch folgende Fragen geschehen:

- Was hat das Paar früher getan, um seinen Zusammenhalt zu stärken?
- Auf welche Weise haben sie sich früher bei Problemen unterstützt?
- Wie haben sie Verlässlichkeit und Vertrauen in ihrer Beziehung hergestellt?
- Wie haben sie nicht-sexuelle Intimität gestaltet?
- Das Paar sollte mittels der Fragen dazu aufgefordert werden, über konkrete Handlungen nachzudenken, die zur Herstellung von Zusammenhalt etc. geführt haben.

Parallel zu Arbeitsweg 1 und 2

Solange die Partnerschaftszufriedenheit stabil ist, kann mit dem Paar auch nach dem Modell des „we-disease“ [17] gearbeitet werden. Dabei versucht das Paar, eine gemeinsame Definition für die Krankheit zu finden. Diese sollte sich auf alle Bereiche beziehen, die von der Krankheit betroffen sein können, wie Sexualität, Kommunikation, Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen, Herstellung von Zusammenhalt und Verlässlichkeit trotz Krankheit, Formen der Unterstützung, Erziehungsauftrag des Paares etc. Paare, die die Krankheit zum „we-disease“, also zur gemeinsamen Krankheit machen, handeln meist nach dem Leitsatz: Nicht ein Partner ist krank, sondern Beide sind wir durch die Krankheit des einen betroffen. Deshalb sagt ein solches Paar zum Beispiel: „Unsere Kommunikation ist durch die Krankheit erschwert, deshalb haben wir vereinbart, dass der kranke Partner sich aus der Kommunikation auch mal zurückziehen kann und sich nicht überfordern muss. Ziel ist dabei immer, dass wir Dinge am Ende gemeinsam klären. Aber eine Klärung muss uns Beiden auch möglich sein und dazu brauchen wir Zeit.“

Arbeitsweg 3

Ist die Partnerschaftszufriedenheit jedoch niedrig und war sie gar Mitursache der Depression, dann kann nicht an der Sexualität gearbeitet werden. Vielmehr muss gefragt werden, welche Partnerschaftskonflikte bereits vor Eintritt der Krankheit vorlagen. Hier ist es wichtig, Fragen nach dem Zusammenhalt des Paares, der gegenseitigen Unterstützung, der Verlässlichkeit und Gestaltung von Intimität zu stellen. Dann sollten aber auch Faktoren wie Alltagsstress, ineffektive Problemlösungsstrategien, Abwertung des kranken Partners, Überforderung durch den depressiven Partner etc. beleuchtet werden. Je nach Zustand der Partnerschaft, der durch die Analyse zu Tage tritt, muss sich der Berater auch fragen, ob seine Kenntnisse und Mittel ausreichen, um das Paar adäquat zu begleiten.

Arbeitsweg 4

Ist die Partnerschaftszufriedenheit niedrig und waren die sexuellen Störungen nach Wahrnehmung der Partner Auslöser für den Partnerschaftskonflikt und die Depression, dann muss trotzdem zuerst an der Partnerschaftszufriedenheit vor der sexuellen Störung gearbeitet werden. Allerdings kann es vorkommen, dass es bei einer solchen Konfliktverquickung erst gar nicht zu einer Beratungsvereinbarung kommt. Vor allem dann nicht, wenn ein Partner dringlich auf die Behebung der sexuellen Störungen besteht. Erfahrungsgemäß braucht es über ein Jahr, bis ein Paar in einer solchen Konfliktlage überhaupt am Thema Sexualität arbeiten kann.

Zusammenfassung

Die Abfolge der Arbeitswege basiert auf einer Logik, die für den Zusammenhang jeder psychischen Erkrankung, Paarbeziehung und Sexualität gelten sollte: An oberster Stelle muss immer die Stabilisierung der Beziehung stehen und die Aneignung der Krankheit durch eine gemeinsame Definition (we-disease). Ist die Beziehung stabil, dann kann man sich in der Beratung der sexuellen Störung zuwenden. Dabei muss allerdings der Zusammenhang zwischen Krankheit und sexueller Störung beachtet werden und nur das kann als Sexualität gestaltet werden, was die Krankheit nicht verschlimmert. Ist die Paarzufriedenheit jedoch niedrig, aber das Paar will unbedingt die sexuelle Störung in der Beratung bearbeiten, dann muss mit dem Paar an der Einsicht gearbeitet werden, dass die Beziehung vor der Sexualität steht.

Markus Hoffmann
Leiter des Instituts für dialogische und identitätsstiftende Seelsorge und Beratung e.V. (ehem. wuestenstrom). Studium der Sozialen Arbeit und Entwicklungspsychologie; praktischer Theologe. Therapeutisch ausgebildet in den Schulen Transaktionsanalyse, Gestalt- und Traumatherapie.

16 Der Ausschluss der Sexualität aus der Paarberatung wird u.a. auch im Hamburger Modell vorgesehen. Ziel ist, die Beziehung des Paares vor der Sexualität auf eine gesunde Basis zu stellen und die Sexualität als Quelle von Verletzungen zunächst stillzulegen. Ziel ist dann, die Sexualität nach einer Beziehungsklärung wieder schrittweise in die Partnerschaft zu integrieren (vgl. M. Hauch, Paartherapie bei sexuellen Störungen, Das Hamburger Modell, Stuttgart, New York 2013).
17 vgl. G. Bodenmann, Bevor der Stress uns scheidet – oder wie man die Liebe trotz Stress erhält, Freiburg 2016

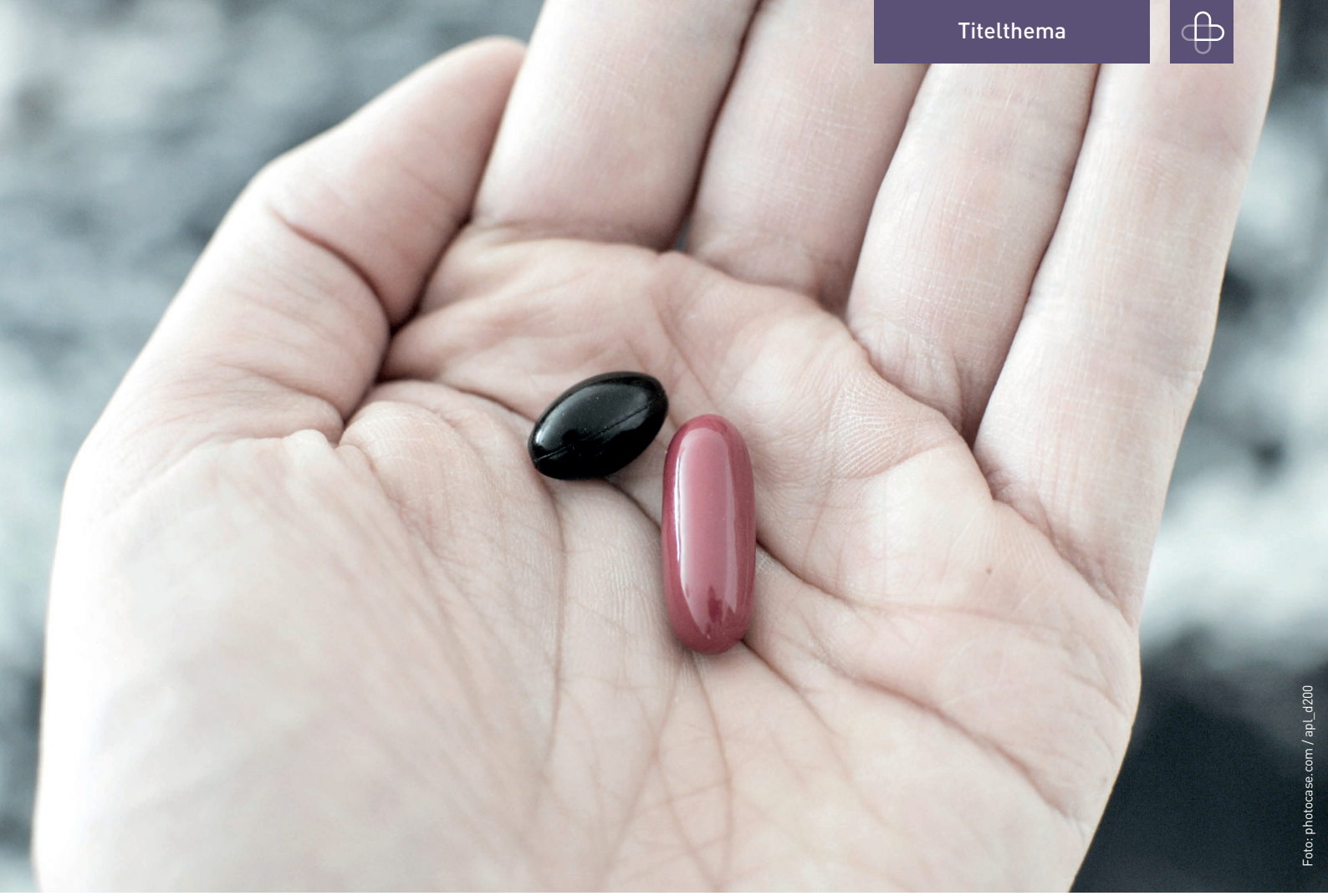

Foto: photocase.com / apL_d200

Nebenwirkungen von Psychopharmaka auf Sexualität und Beziehung

Prof. Dr. Arnd Barocka

Die Frage, ob und inwiefern sich Psychopharmaka auf die Sexualität und Beziehung auswirken, ist keine leichte. Nicht nur gilt es die verschiedenen Nuancen weiblicher und männlicher Sexualität zu beachten, sondern auch die Besonderheiten des jeweiligen Medikaments sowie die komplexen Einflüsse von Beziehungsfaktoren.
Im Folgenden werden diese drei Ebenen mit ihren Einflussfaktoren näher betrachtet.

Psychopharmaka

Psychopharmaka sind sehr unterschiedlich aufgestellt. Es gibt nicht die eine, einheitliche Wirkgruppe. Hingegen müssen wir vier Gruppen von Psychopharmaka unterscheiden:

- antidepressive
- stimmungsstabilisierende
- antipsychotische
- beruhigende (sedierende).

In jeder dieser Gruppen gibt es ältere und neuere Präparate. Damit gilt es acht Gruppen mit unterschiedlichen Nebenwirkungen zu beachten.

Sexuelle Funktion

Doch auch in der Sexualität spielen verschiedene komplexe Vorgänge eine Rolle. Die sexuelle Funktion besteht beim Mann aus dem allgemeinen sexuellen Verlangen (Libido), der Erregung zu Beginn des Liebesspiels, der Erektion und dem Samenerguss mit Orgasmus sowie der Refraktärphase (Erholung). Bei der Frau gehören dazu ebenfalls das allgemeine sexuelle Verlangen (Libido), die Erregung zu Beginn des Liebesspiels, die Plateauphase mit Anschwellen der Schamlippen und dem Ausschütten von körpereigenem Gleitgel, der Orgasmus sowie die Rückbildungsphase. Darüber hinaus nimmt auch der monatliche Zyklus mit seinen unterschiedlichen Hormonwirkungen mehr oder weniger Einfluss auf die Stimmungslage.

Jedes dieser Elemente kann sowohl von einer Nebenwirkung betroffen sein als auch von der Erkrankung selbst, gegen die das Medikament helfen soll.

Beziehung

Das Thema „Beziehung“ ist noch etwas komplizierter. So kann eine gestörte Beziehung die sexuelle Funktion stören, eine gestörte sexuelle Funktion wiederum kann – muss nicht – die Beziehung stören. (Dazu mehr im Artikel von Markus Hoffmann in diesem Heft, d. Red.) Im Erheben der Krankengeschichte ist es daher wichtig genau zu erfassen, wann die jeweiligen Problematiken zeitlich aufgetreten sind.

Mitunter zeigte sich dann eine sexuelle Funktionsstörung bereits viel früher, während das Medikament, das man eigentlich im Verdacht hatte ungünstige Nebenwirkungen zu entfalten, erst deutlich später eingesetzt wurde.

Konkrete Beispiele für Neben- und Wechselwirkungen

Zyklusunregelmäßigkeiten und Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhoe) können bei allen psychischen Erkrankungen vorkommen (Stress!) und bei allen Psychopharmaka. Es ist wichtig weibliche Patientinnen darüber zu informieren, dass dies als Nebenwirkung ggf. in Kauf genommen werden muss – und dass sich aber mit dem Rückgang von Stressfaktoren der Zyklus auch wieder einpendeln kann, bzw. der Körper der Patientin sich besser an das Medikament gewöhnt. Nur selten muss man es deshalb absetzen.

Antidepressive Medikamente werden eingesetzt, um **Depressionen** zu behandeln. Depressionen an sich mindern schon bei Mann und Frau das Verlangen und können beim Mann die Erektion verhindern (vor allem bei den sehr schweren Formen).

Ältere Antidepressiva – Beispiel Amitriptylin – hemmen die Erektion. Das tut auch schon die Depression selbst und mindert das Verlangen oder bringt es zum Verschwinden. Da die Medikamente oft auch noch deutlich länger eingenommen werden, wenn die Depression schon vorbei ist, kann man erst dann im Rückblick sagen: eine fortbestehende Erektionsstörung ist eine Nebenwirkung. **Neuere Antidepressiva** wie Citalopram hemmen nicht die Erektion, sondern Samenerguss und Orgasmus beim Mann bzw. in einem Teil der Fälle den Orgasmus bei der Frau. Das heißt, es passiert nicht immer, aber es kann vorkommen.

Manche Antidepressiva haben den Nachteil, dass sie müde machen und das Körpergewicht zunimmt. Das kann sich negativ auf das eigene Empfinden und die Beziehung auswirken. Daher sollten im Arzt-Patienten-Gespräch solche Auswirkungen offen angesprochen werden. Der Arzt kann dann schauen, welche Präparate stattdessen eingesetzt werden können, die diese Nebenwirkungen nicht haben.

Stimmungsstabilisierende Medikamente verhindern **Depressionen** und ihr Gegenteil Manien (krankhaft euphorische Zustände). Sie stören die Sexualfunktion nicht, mit Ausnahme von Carbamazepin, das die Wirkung des männlichen Sexualhormons Testosteron abschwächt. Und noch eine weitere Nebenwirkung gilt es unbedingt zu beachten: Stimmungsstabilisierende Medikamente werden zum Problem in der Schwangerschaft, denn hier ist die Missbildungsgefahr besonders gut bekannt. Daher ist der Einsatz solcher Medikamente bei Frauen im gebärfähigen Alter entweder zu vermeiden – oder es muss auf eine möglichst sichere Methode der Empfängnisregelung geachtet werden.

Antipsychotische Medikamente (z.B. gegen **Schizophrenien**) erhöhen bei Mann und Frau das Hormon Prolactin. Bei Frauen führt das zum Milchfluss, beim Mann zu sexuellem Desinteresse. Man sagt, dass Personen sich daran gewöhnen, die das Medikament jahrelang bekommen (Toleranzentwicklung). Ob das stimmt, ist nicht ganz sicher. Es gibt Präparate, die wenig Prolactinerhöhung verursachen. Ob älter oder neuer, ist dabei unwichtig. In beiden Gruppen findet man Medikamente mit viel oder wenig Prolactinerhöhung. In beiden Gruppen findet man auch Medikamente, die müde machen und eine Gewichtszunahme bewirken oder eben nicht. Vor allem bei den älteren Antipsychotika gibt es solche, die stark auf das vegetative Nervensystem wirken. Das stört dann direkt die Erektion.

Sedierende Medikamente, meist Benzodiazepine (Typ Valium), soll man grundsätzlich nicht länger als höchstens vier Wochen nehmen. Sie machen abhängig. Die Wirkung auf sexuelle Funktionen ist komplex. Da sie gut gegen **Ängste** helfen, können sie die sexuelle Funktion verbessern, wenn diese durch Ängste gestört war. Das steigert aber die Gefahr der Abhängigkeit, denn wenn die Medikamente in der Sexualität dazu führen, dass der Patient sich besser fühlt, möchte er sie erst recht nicht mehr missen. Darüber hinaus machen diese Medikamente aber auch müde und schwächen die Muskulatur, was nicht förderlich ist.

Fazit

Man sollte bei Nebenwirkungen niemals „Nie“ sagen: Viele Menschen nehmen mehrere Medikamente; es kommt zu Interaktionen. Und genauso wie es **Placebo** – die psychisch bedingte positive Wirkung – eines an sich wirkstofffreien Medikamentes gibt, gibt es **Nocebo**, die psychisch bedingte Nebenwirkung eines Medikaments, die nicht vom Medikament ausgelöst wird.

Ganz allgemein gilt: Nicht jeder muss sich im Dickicht dieser vielen möglichen Zusammenhänge zurechtfinden! Es ist schon hilfreich, um die verschiedenen Einflussfaktoren zu wissen. Zur konkreten Abklärung sollten die Klienten an die entsprechenden Fachleute verwiesen werden.

Prof. Dr. Arnd Barocka
ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Sozial- und Suchtmedizin an der Klinik Hohe Mark in Oberursel.

Wie bleiben Angehörige von psychisch Kranken gesund?

Stefania Zastrow

Foto: istockphoto.com / Katie_Martynova

Wer eng mit psychisch kranken Menschen zusammenlebt, trägt selbst ein gutes Stück dieser Last mit. Stimmungsschwankungen, unbegründete Ängste oder Aggressionen wollen aufgefangen, Fehlwahrnehmungen richtig eingeordnet werden. Wie können Angehörige in dieser Situation gestärkt werden? Was hilft Kindern, sich in solchen Familien gesund zu entwickeln? Stefania Zastrow ist Sozialpädagogin und Beraterin des Weißen Kreuzes in Bad Neustadt. Sie hat sich intensiv mit Fragen zu Stressbewältigung und Resilienz beschäftigt. Nikolaus Franke stellt ihr zu diesem Thema einige Fragen:

Frau Zastrow, was macht Angehörigen psychisch Kranker besonders zu schaffen?

Der Umgang mit psychisch kranken Menschen stellt ohne Frage eine besondere Herausforderung dar. Es ist schwierig, die Beziehung und die Kommunikation zu dem Erkrankten aufrecht zu erhalten. Oft ist die Wahrnehmung des Erkrankten verzerrt, was nicht selten zu Konflikten und Eskalation führt. Auch die Organisation des Alltags, gerade wenn jüngere Kinder im Haushalt leben, stellt eine starke Belastungsprobe dar. Erschwerend kommen manchmal Stigmatisierung und Ausgrenzung aus dem nahen Umfeld hinzu. Die Angehörigen nehmen sich häufig mit ihren Bedürfnissen zurück und entwickeln gleichzeitig eine feine Antenne für die Gefühle und Bedürfnisse des Erkrankten. Die Gefahr dabei ist, sich selbst zu vergessen. Das heißt, nicht bewusst zu entscheiden und zu steuern, was in welchem Umfang man übernehmen kann und will. Manche setzen auch viel Energie ein, um die Krankheit vor anderen zu verbergen, weil sie Angst vor Ausgrenzung haben.

Was können Partner von psychisch Erkrankten denn richtig machen? Und welche Bewältigungsstrategien sind nur wenig hilfreich?

Lassen Sie mich bei dieser Frage kurz ausholen. In der Seelsorge, bei der Problemlösung und in Therapien lag der Fokus lange auf den Ursachen und Bedingungen für die Entstehung von Störungen und Krankheiten.

In zahlreichen Studien wurde eine neue Sichtweise auf den Umgang mit widrigen Lebensumständen wie z.B. Krankheit gewonnen. Es gilt, die Schutzfaktoren zu erkennen, die Menschen dabei helfen, schwere Lebenssituationen zu meistern.

Jetzt kommt der Begriff Resilienz ins Spiel. Monika Gruhl definiert Resilienz als die inneren Kräfte, die es uns ermöglichen, Krisen und Schwierigkeiten nicht nur zu überwinden, sondern auch gestärkt daraus hervorzugehen. Das Wort bedeutet eigentlich Elastizität. Sie wird auch als Anpassungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit betrachtet und lässt Menschen wie ein Gummiband in ihren normalen Zustand zurückzuschnellen.[1]

Als wesentliche Bestandteile von Resilienz lassen sich mehrere Schutzfaktoren beschreiben, die sich wechselseitig beeinflussen. Resiliente Menschen zeichnen sich durch eine Kombination von drei Grundhaltungen aus: Optimismus, Akzeptanz und Lösungsorientierung. Auf der Basis dieser drei Grundhaltungen entwickeln resiliente Menschen ganz bestimmte Strategien für ihr Denken, Fühlen und Handeln, die in vier Fähigkeiten zusammengefasst werden (s.u.).

Nun zu Ihrer Ausgangsfrage. Das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Menschen kann den Partner bis an die Belastungsgrenze bringen und „Fehler“ sind dabei unvermeidbar. Bevor ich zu der Ausführung komme, was im Umgang mit einem psychisch Kranken hilfreich ist, erlauben Sie mir noch kurz zu erläutern, was sich als weniger hilfreich erwiesen hat. Man darf die Erkrankung des Partners nicht in den Mittelpunkt stellen. Übermäßige Fürsorge kann genauso schädlich sein wie permanente Ungeduld und Nicht-Akzeptanz der Erkrankung. Sätze wie „Reiß dich zusammen“ oder „Das wird schon wieder“ führen eher dazu, dass der Erkrankte sich noch schlechter fühlt.

Hilfreiche Bewältigungsstrategien sind hingegen folgende drei Grundhaltungen:

- Die Krankheit des Partners akzeptieren. Eine psychische Erkrankung ist keine Willensschwäche und kann oft durch eine konsequente Behandlung geheilt oder zumindest wesentlich verbessert werden.
- Wie es jetzt ist, wird es in aller Regel nicht bleiben. Das Schwere geht meist vorüber.
- Herausforderungen erfordern Kraftquellen. Darum fragen Sie sich als Paar: Was stärkt uns? Was erleichtert uns das Leben? Was verbindet uns?

Es ist wichtig Räume für Austausch und Intimität zu schaffen, Alltagsrituale zu pflegen, Hilfe in Anspruch zu nehmen und das Geben und Empfangen ins Gleichgewicht zu bringen.

Hilfe im Alltag kann auch ganz konkret bedeuten, die Versorgung des kranken Partners vorübergehend in andere Hände zu legen, um mal ein Zeitfenster nur für sich persönlich zu haben. Schon ein paar Stunden Auszeit oder ein Tag können heilsam sein und neue Kraft für den herausfordernden Alltag freisetzen.

Gibt es einen Beitrag, den insbesondere Seelsorge und christliche Gemeinden leisten können?

Was wir am nötigsten brauchen, ist ein Mensch, der uns dazu bringt, das zu tun, was wir im Stande sind zu tun. Es reicht oft nur ein einziger Mensch, der an uns glaubt und der uns Zuspruch zukommen lässt.

Seelsorger wissen oft gar nicht, was für einen wertvollen Dienst sie tun und was für einen positiven Einfluss das im Leben von Menschen haben kann.

Seelsorge kann dabei folgende Elemente enthalten:

- Emotionaler Zuspruch: Ich gehe mit dir diesen Weg. Du bist nicht alleine in deiner Not. (Das Gefühl von Wertschätzung kultivieren.) Jesus ist für die Schwachen und Kranken gekommen.
- Emotionale Unterstützung: Du hast hier einen Raum für

1 Monika Gruhl, 2014. Resilienz Die Strategie der Stehauf-Menschen, 1. Auflage. Kreuz Verlag, S.8 und 15

deine Klagen, deine Wut, deine Trauer etc. Die Gefühle des Ratsuchenden würdigen und ihm die Möglichkeit geben eigene Gefühle wahrzunehmen, um Raum für Vergebung zu schaffen.
- Ressourcen-Training: Erkennen von Stärken, Werten und Kraftquellen.
- Praktische Hilfe: Behörden und caritative Einrichtungen kontaktieren – Was gibt es für Hilfsangebote im nahen Umfeld?

Besonders Kinder und Partner eines psychisch kranken Menschen brauchen einen Ort, an dem sie zur Ruhe kommen und auftanken können. An diesem Ort werden dann Nähe, Schutz, Beachtung und liebevolle Zuneigung erfahren und der Hauch eines Lebens in Fülle gespürt, von dem die Bibel spricht:

- Praktisch wird das bspw. durch gemeinsame Mahlzeiten, bei denen Genuss und Austausch im Vordergrund stehen.
- Wichtig sind auch gemeinsame Aktivitäten, bei denen Freude am Sein, Kreativität und Lachen gefragt sind.
- Nicht unterschätzen sollte man auch das gemeinsame Lernen. Die Gemeinde sollte einen Raum für Weiterentwicklung und Spaß am Lernen ermöglichen, z.B. gemeinsames Kochen, Nähen oder das Lesen von Büchern, Biografien oder Bibel in der Gemeinschaft.

All das ermöglicht ein Stück „Normalität“, um gestärkt in den Alltag zu gehen.

Glaubt man den Studien, leiden Kinder psychisch erkrankter Eltern später oft selbst an psychischen Krankheiten. Oftmals sind das aber ganz andere psychische Störungsbilder als die der Eltern. Was raten Sie Erwachsenen, um die eigene Kindheit aufzuarbeiten?

Es ist wichtig, die eigenen Schutzfaktoren auszubauen. Auf der Basis der drei Grundhaltungen, die ich oben genannt habe, haben sich vier Fähigkeiten herauskristallisiert, die es Personen möglich machen, sich trotz gravierender Belastungen oder trotzt widriger Lebensumstände psychisch gesund zu entwickeln:

- Sich selbst regulieren
- Verantwortung übernehmen
- Beziehungen gestalten
- Zukunft gestalten

Dabei muss klar sein, dass Resilienz nicht gleichbedeutend ist mit „immer stark sein“. In schweren Krisen sind Zusammenbruch, Verzweiflung und Desorientierung nicht verwunderlich, zeitweilig angemessen und sogar heilsam. Erst dadurch wird die Krise wirklich verarbeitet und die neuen Aspekte werden integriert. Mit der Art der Verarbeitung entscheiden wir darüber, ob wir eine Erschütterung übergehen, sie lediglich überstehen oder gestärkt daraus hervorgehen.

Die Formel des Entwicklungsprozesses zu innerer Stärke lautet:

Bestandsaufnahme führt zu Neubewertung und Neubewertung führt zu Verwandlung. Ziel des Prozesses ist es, sich dem Schmerz aus der Vergangenheit auf eine Weise zu stellen, die zu mehr Weisheit und Selbstbestimmung führt. Dazu brauchen wir nicht selten andere Menschen, die uns bei diesem Prozess unterstützen.

Folgende Erkenntnisse können uns entscheidend weiterbringen:

- Ich gebe mein Bestes und mein Gegenüber gibt sein Bestes. Das heißt nicht, dass ich mich nicht ständig weiterentwickeln will und soll. Das heißt auch nicht, dass ich mir alles bieten lasse und nicht für meine Bedürfnisse einstehe. Es geht mir aber besser, wenn ich annehme, dass Menschen ihr Bestes tun. Es hält mich vom Ver- bzw. Beurteilen ab und hilft mir im Hier und Jetzt zu sein.
- All das, was ich erlebt habe, hat mich zu dem Menschen gemacht, der ich heute bin. Ich bin auf einer tieferen Ebene bereit, meine Schwächen anzunehmen und meine Stärken für mich und meine Mitmenschen einzusetzen: Auch aus Steinen, die mir in den Weg gelegt wurden und werden, kann ich mit Gottes Hilfe etwas Schönes und Wertvolles gestalten.

Und was fördert die Resilienz von Kindern, damit sie trotz widriger Umstände eine gesunde Entwicklung nehmen?

Der Erziehungswissenschaftler Albert Wunsch sagt: Kinder, die in unguten oder schädigenden Lebensumständen aufwachsen und sich trotzdem positiv entwickeln, nutzen zum Ausgleich Orientierungspunkte außerhalb ihrer Mangelsituation. Das können emotional bedeutsame Personen, vorbildhafte Menschen bzw. Lebensläufe, eine positive Vision oder religiöse Verbundenheit sein.[2]

„In der Welt gäbe es weniger Probleme, wenn sich Kinder nützlich statt lästig fühlen würden.“

Ich würde gerne das Interview mit einem Zitat von Alfred Adler beschließen: „In der Welt gäbe es weniger Probleme, wenn sich Kinder nützlich statt lästig fühlen würden.“

2 Albert Wunsch, 2013. Mit mehr Selbst zum stabilen ICH! Resilienz als Basis der Persönlichkeitsbildung, Springer-Verlag

Stefania Zastrow
ist Diplom-Sozialpädagogin (FH) und arbeitet als Beraterin des Weißen Kreuzes in Bad Neustadt. Sie hat sich u. a. intensiv mit Fragen der Resilienz beschäftigt und bietet dazu auch Vorträge und Seminare an.

Praktikanten im Weißen Kreuz

Von Anfang September bis Mitte Oktober absolvierten zwei Studenten in der Bundeszentrale des Weißen Kreuzes ein Orientierungspraktikum. Lassen wir sie selbst zu Wort kommen:

Beide: Ein Praktikum rund um das Thema Sex … Wenn ich das zu Hause erzähle, denken die meisten Leute komische Dinge. Muss ich mir den ganzen Tag nackte Menschen angucken? Treffe ich Prostituierte und Zuhälter? Nicht ganz. Hier beim Weißen Kreuz drehen sich zwar der ganze Arbeitsalltag und fast alle Gespräche um Sexualität, aber auf einer doch etwas anderen Ebene.

Felix: Ich studiere Theologie und finde, dass sich die universitäre Theologie schwertut, Ethik, noch dazu Sexualethik sinnvoll zu lehren. Sie schafft es nicht, die Spannung zwischen biblischem Anspruch und der Lebensrealität der Menschen auszuhalten. Das Weiße Kreuz spricht genau hier hinein und schafft es, Menschen, in der Verantwortung vor Gott, konkret und lebenspraktisch zu helfen. Das begeistert mich und deshalb wollte ich das in meinem Praktikum erfahren, was die universitäre Theologie erst noch lernen muss: Gott ist Schöpfer der Sexualität und deshalb sollten wir IHN fragen, wie er unserer Vorfindlichkeit helfen kann.

Victoria: Ich studiere Psychologie und habe mich für ein Praktikum beim Weißen Kreuz entschieden, weil ich später einmal Sexualtherapeutin werden möchte. Vor einigen Jahren noch wollte ich gerne Literatur und Film studieren, doch Gott lenkte meine Schritte in Richtung Psychologie, als bei einer Predigt eine Sexologin interviewt wurde und ich eine Berufung für dieses Thema erlebte. Das Weiße Kreuz zeichnet sich für mich durch seine Einzigartigkeit aus, sich im christlichen Bereich ausschließlich mit dem Thema Sexualität zu beschäftigen und spricht genau die Themen an, die viele Menschen beschäftigen und wo Unsicherheiten und Ratlosigkeit herrschen.

Beide: Wir glauben, dass unsere Generation die einzigartige und wichtige Aufgabe übernehmen kann, junge Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit einem gesunden und gottgegebenen Bild der eigenen Sexualität zu prägen. Gerade in jungen Jahren hat man noch die Möglichkeit, eine gesunde Beziehung zu seinem eigenen Körper, zu seiner eigenen Sexualität und eine gesunde Beziehung zum anderen Geschlecht zu entwickeln.

In unserem Praktikum bekamen wir einen einzigartigen Einblick in diese Organisation, die unglaublich offen dafür ist, die junge Generation einzubinden und ansprechen zu wollen. Ihre stetige Weiterentwicklung und ihr Kämpfen für Visionen, für Themen, die ihnen am Herz liegen, macht uns Mut, dass wir zusammen etwas in unserer Gesellschaft bewegen und verändern können.

Im Sinne des Erfinders

Fachkongress
für Sexualität und
Beziehungen

Für Menschen in Leitung,
Seelsorge und Beratung

Kongressbroschüre
bestellen unter
info@weisses-kreuz.de

www.weisses-kreuz.de

Aufklärung an Grundschulen – mit erstklassigem Material

Immer wieder sind wir danach gefragt worden – nun ist es da! Dr. med. Ute Buth hat ein reichhaltiges Materialset für die Sexualaufklärung an Grundschulen/ Eingangsstufe Sek I herausgegeben.

Es enthält unter anderem:

- einen Materialordner mit Datenträger, Overheadfolien, Arbeitsblättern und Grundlagen-informationen für Lehrkräfte
- Flyer „Tagebuch eines Neugeborenen“ im Klassensatz
- Spielebox mit 3 Spielen und diversen Anleitungen
- 3 Stoffbeutel und Anhänger

Das Material bietet komplett ausgearbeitete Sprechtexte zu den wichtigsten Themen rund um Schwangerschaft und Geburt, Pubertät und Geschlechtsorgane sowie Impulse u. a. zu Intersexualität und Prävention gegen sexuelle Gewalt. Tipps für den Einsatz an integrativen Schulen ergänzen das umfassende Paket.

Das Angebot kann von Schulen bzw. Schulträgern oder auch Lehrkräften als **Set für 349 EUR** zzgl. Versand erworben werden. Wer diese Investition nicht ohne weiteres angehen kann, findet Tipps für Finanzierungsmöglichkeiten auf: **www.aufgabe-und-chance.de/materialkosten.html.**

Das Material **kann per Email bestellt werden** unter kontakt@aufgabe-und-chance.de

Weiterführende Informationen erhalten Sie auf **www.aufgabe-und-chance.de/grundschule.**

Zum Tod von Pfarrer Gerhard Naujokat

Am 8. November 2017 wurde Pfarrer Gerhard Naujokat in die Ewigkeit abberufen. Er war von 1969 bis 1999 Generalsekretär des Weißen Kreuzes und hat das Werk in dieser Zeit wie wohl kein anderer geprägt. Kennzeichnend für sein Schaffen war die Verbindung zwischen einer klar an Bibel und Bekenntnis gebundenen Ethik und einer aufgeschlossenen Wahrnehmung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Damit verband sich das immer neue Wagnis, das Wort Gottes mit der Lebenswirklichkeit zusammenzubringen und Menschen Hilfe, Rat und Mut zu geben, die in den intimsten Fragen rund um Sexualität und Beziehungen in Krisen und Nöte geraten sind.

Neben seinem Wirken als Leiter und Seelsorger schlug sich dies auch in zahlreichen Veröffentlichungen nieder, die zum großen Teil im von ihm gegründeten Verlag des Weißen Kreuzes erschienen sind. In seiner Zeit entstand die neue Bundeszentrale des Weißen Kreuzes in Ahnatal mit einem Tagungszentrum, in dem regelmäßig Seminare stattfanden, u. a. für Ehepaare und zur Ehevorbereitung. Durch seine Initiativen für das ungeborene Leben wuchsen Arbeitskreise des Weißen Kreuzes in ganz Deutschland, von denen einige bis heute Hilfe für Familien in Notlagen anbieten. Auch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatung rief er ins Leben. Bei seiner Verabschiedung wurde ihm für sein Lebenswerk das Bundesverdienstkreuz verliehen. Bis zuletzt blieb Gerhard Naujokat dem Weißen Kreuz verbunden. Unsere Anteilnahme gilt seiner Witwe Dorothea Naujokat und allen Trauernden.

Weißes Kreuz e. V.
Weißes-Kreuz-Str. 3
34292 Ahnatal

Postvertriebsstück
Deutsche Post AG
Entgelt bezahlt
H 07649

Theologische Notizen

Aus Gnaden gerettet – wozu dann Gebote?

500 Jahre Reformation. Seit einem halben Jahrtausend wird der evangelischen Christenheit verkündet, dass allein der Glaube selig macht. Ebenso lange wird diskutiert, wie wir dann die Gebote zu verstehen haben. Sind sie überhaupt noch gültig? Jesus sagt einmal, dass kein I-Tüpfelchen vom Gesetz vergeht (Mt. 5,18). Bei Paulus lesen wir dagegen, dass das Gesetz abgetan sei (Eph. 2,15). Aber auch bei Paulus finden wir an anderer Stelle reichlich Mahnungen, wie Christen sich verhalten sollen. Wie können wir das verstehen?

Die Frage, ob das Gesetz noch gilt oder nicht, greift zu kurz. Wir müssen stattdessen fragen, wofür es gilt und wofür nicht. Besonders Paulus kämpft darum, dass das Gesetz nicht mehr dazu dienen darf, über uns ein endgültiges Urteil zu sprechen (Röm. 8,33.34; 10,4). Nicht, weil dieses Urteil nicht gerechtfertigt wäre, sondern weil dieses Urteil bereits an Christus vollstreckt ist! Unsere Sünden haben auf ewig die Macht verloren, uns mit Gott zu entzweien. Das heißt aber auch: Wir erwerben uns durch das Befolgen der Gebote nicht Gottes Liebe. Denn größer kann seine Liebe nicht mehr sein als in Christus, der „für uns gestorben ist, als wir noch Sünder waren" (Röm. 5,8).

Aber wofür ist das Gesetz dann noch gut? Das haben die Reformatoren im „dreifachen Brauch des Gesetzes" (triplex usus legis) so griffig formuliert, dass es uns noch heute Richtschnur sein kann: Zunächst bieten die Gebote Maßstäbe für die öffentliche Ordnung (usus politicus oder usus civilis). In der Zeit der Reformation verstanden sich die Landesfürsten als christliche Herrscher. Sie konnten direkt auf ihre Verantwortung angesprochen werden, die Gebote in ihrem Land durchzusetzen und natürlich auch selbst zu befolgen. In unserer pluralen Gesellschaft folgen Gesetzgebung und Rechtsprechung demokratischen Spielregeln. Aber auch heute können biblische Maßstäbe in die öffentlichen Debatten eingebracht werden, indem sie als für alle gut und lebensdienlich erwiesen werden.

Ein zweiter „Brauch" des Gesetzes dient zur Erkenntnis der eigenen Sünde (usus paedagogicus). Nur durch die Gebote erkenne ich, wo ich Gottes Willen verfehle, und kann ihn um Vergebung bitten. Da die richtende Kraft des Gesetzes meine Sünde bereits in Christus verurteilt hat, kann sie die Gemeinschaft nicht mehr zerstören, die Gott mit mir hat. Dazu gehört aber, dass ich im Bekenntnis meiner Sünde diesem Urteil Gottes zustimme. Auch wo ich es ihm nicht recht gemacht habe, kann ich ihm so doch noch Recht geben und ihm dadurch als Gott die Ehre erweisen.

Durch Christus müssen wir die Gebote nicht mehr befolgen, um in den Himmel zu kommen. Aber bis wir in den Himmel kommen, wollen uns die Gebote Orientierung geben. Denn in ihnen wird Gottes Wille konkret. In diesem dritten „Brauch" (tertius usus legis) gewinnt das Gesetz eine ausrichtende Kraft. Es malt uns den Entwurf menschlichen Lebens vor Augen, der Gott schon in der Schöpfung geleitet hat. Wir werden diesen Entwurf nicht in Perfektion gestalten, sondern immer dahinter zurückbleiben. Selbst ein Paulus schreibt: „Nicht dass ich's schon ergriffen habe oder schon vollkommen sei; ich jage ihm aber nach." (Phil 3,12) In diesem Wunsch, Christus näher zu kommen, dürfen wir unterwegs und zugleich über unsere bleibenden Grenzen getröstet sein.

Martin Leupold