

Inhalt

Pädophilie
Phantasie
Placebo-Effekt
Primärtherapie
Problemanalyse
Psychoanalyse
Psychologie
Psychopharmaka

Seite 2
Seite 4
Seite 5
Seite 6
Seite 8
Seite 9
Seite 11
Seite 14

Pädophilie

Pädophilie ist eine Sammelbezeichnung für die Neigung Erwachsener zu präpubertären Kindern aus sexuellen Motiven. Bevorzugt werden 8- bis 10jährige Kinder. Die pädophile Handlung oder Phantasie ist für Pädophile die bevorzugte oder einzige Methode, eine sexuelle Erregung bei sich hervorzurufen. Die sexuelle Neigung kann hierbei gleichgeschlechtlich oder das andere Geschlecht betreffend sein. Die gleichgeschlechtliche – homosexuelle – Form wird als Päderastie bezeichnet und ist gekennzeichnet durch den Hang eines Mannes, sexuelle Annäherung zu Knaben zu suchen. Bei der gegengeschlechtlichen – heterosexuellen – Form spricht man von einer Pädophilie erotica. Diese ist auf ein Sexualverhältnis zu Kindern des anderen Geschlechtes ausgerichtet. Überwiegend findet sich die gegengeschlechtliche Form als sexualisierte Zuneigung von Männern zu kleinen Mädchen. Vereinzelt wird aber auch von sexuell getönten Beziehungen erwachsener Frauen zu Knaben berichtet.

Abzugrenzen von der Pädophilie ist der Inzest. Inzest findet definitionsgemäß zwischen Angehörigen derselben Familie statt. Inzestopfer sind im allgemeinen älter als Kinder, die zum Ziel pädophilen Begehrens werden. Die Pädophilen aber fühlen sich besonders von der Unreife kleiner Mädchen und Knaben angesprochen. Es gibt allerdings fließende Übergänge. Manche Pädophile finden im rein körperlichen Kontakt ohne sexuellen Verkehr Befriedigung. Sie streicheln Arme oder Haare des Kindes, gehen aber häufig zur Berührung des Genitals über oder ermuntern die Kinder, das gleiche mit ihnen zu tun. Ein wirklicher Geschlechtsverkehr ist im Gegensatz zum Inzest eher selten. Ein Orgasmus wird nur von einem geringen Teil der Täter gesucht (ca. 6%). Ohne Abwehr durch das Kind oder Entdeckung können pädophile Kontakte über viele Jahre bestehen. Gewöhnlich kennen Pädophile die Kinder, die sie belästigen (Bekannte, Nachbarn, Freunde der Eltern). Die meisten älteren Pädophilen sind verheiratet oder waren es irgendwann in ihrem Leben einmal. Im mittleren Erwachsenenalter sind gehäuft ernsthafte Eheprobleme zu beobachten, welche jedoch niemals als die eigentliche Ursache der Pädophilie interpretiert werden dürfen. Eine weitere Gruppe besteht aus älteren, vereinsamten, impotenten Männern.

Im allgemeinen wird eine pädophile sexuelle Ausrichtung durch seelischen Stress angeregt. Hier sind vor allem zu nennen der Verlust einer wichtigen Beziehung, Eheprobleme oder extreme Einsamkeit. Insgesamt wird die Stresssituation verschärft oder sogar erst hervorgerufen durch die Unfähigkeit des Pädophilen, mit normalen Belastungen eines Erwachsenen fertigzuwerden. Schon der normale Kontakt zu Erwachsenen ist durch Angst und Versagensgefühle belastet. Der Umgang mit Kindern dagegen gestaltet sich angstfrei und dient als Mittel, sich von schwer erträglichen Spannungen zu befreien. Bei jungen Pädophilen bestehen eher Anzeichen psychosexueller und sozialer Unreife. Über die Ursachen der Störung besteht keine einheitliche Auffassung. Es fällt jedoch auf, dass sich in der Vorgeschichte der Betroffenen häufig schwere Belastungen durch ungünstige familiäre Verhältnisse, zerrüttete Ehen, Trennung der Eltern, gewalttätige Väter, gefühlskalte Mütter sowie gehäuft Heimaufenthalte finden.

Pädophilie in Psychotherapie und Seelsorge/Beratung

Eine spezifische Behandlung der Störung ist bis heute nicht bekannt. In den meisten Ländern werden Pädophilie bestraft oder „von Amtswegen“ in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen. Diese Maßnahmen verändern die pädophile Neigung gewöhnlich nicht, dienen aber dem Schutz der Kinder. Erschwert wird jeder psychotherapeutische Zugang durch die zwanghafte Qualität der Störung. Die Seelsorgeliteratur/Beratungsliteratur beschäftigt sich kaum im

einzelnen mit dieser Störung. Entsprechend findet sich auch kein Hinweis für einen spezifischen seelsorgerischen Umgang. Es bleibt die stützende Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Sie können sich jedoch durch Psychologische Beratung Hilfe holen.

Phantasie

(fantasy, imagination)

1. Wahrnehmungsnahe bzw. wahrnehmungsorientierte Vorstellungen; durch Umwandlungen und Ergänzungen anschaulicher Vorbilder angereicherte Bewusstseinsinhalte.
2. Mehr oder minder schöpferische Vorstellungstätigkeit, deren Inhalte durch momentane Einfälle und veränderte oder abgeschwächte Erinnerungen an Gegenstände, Ereignisse, Situationen einschließlich ihrer emotionalen Bedeutung bestimmt sind. In Phantasie-Vorstellungen wird das aus der Erfahrung stammende Material zu Kombinationen zusammengefasst, die selbst nicht aus der Erfahrung stammen (Rohracher, 1971). In diesem Sinne unterscheidet sich ein Produkt der Phantasie von der Halluzination durch seine Komplexität und Anbindung an vergangene Sinneserfahrungen. Phantasie sind in aller Regel durch suggestive Beeinflussung veränderbar.
3. Phantasieren gilt in der Klinischen Psychologie und Psychiatrie als Ausdruck des Lebens in einer gestörten Vorstellungswelt. Als Phantasma oder Phantasma oder Phantasmie (fantasm, phantasm, phantasmagoria) bezeichnet man auch heute noch gelegentlich bildhafte Handlungs- und Situationserlebnisse ohne jede Reizgrundlage sowie das tagtraumartige Erleben von Szenen, die mit Wunschvorstellungen verknüpft sind.

(Quelle: Psychologie)

Placebo-Effekt

(placebo effect)

Veränderung des körperlichen oder psychischen Zustands aufgrund von Erwartungen über die Wirkweise einer therapeutischen Maßnahme.

(Quelle: Psychologie)

Primärtherapie

Zur Geschichte

Während einer Psychoanalyse Ende der 60iger Jahre löste der kalifornische Analytiker Arthur Janow nach eigenem Bericht bei einem Klienten eine heftige Gefühlsreaktion aus: Der Mann stürzte zu Boden, rief nach „Mami und Papi“ und schrie unter Zuckungen am Ende laut auf. Danach fühlte er sich befreit und äußerte neue Einsichten über seine Kindheit. Diese Erfahrung, die sich bei anderen Klienten wiederholte, nannte Janow „primal“ und den abschließenden Schrei „primal scream“, was mit „Urschrei“ übersetzt wurde. Er entwickelte eine Technik zur Erzeugung von „primals“ und eine Theorie der Entstehung seelischer Störungen.

„Janow nimmt an, dass jedes Trauma, körperlich wie psychisch eine Art Schmerzenergie im Organismus zurücklässt. Dieser Primärschmerz oder Urschmerz muss ähnlich wie eine elektrische Ladung abgeführt werden, wenn er nicht ständig im System verbleiben soll, d.h., das Kind muss ungehindert schreien oder weinen können. Da in unserer Gesellschaft nach Janows Meinung fast jedes Kind schwer traumatisiert wird und keines diesen Schmerz wirklich abregieren kann, muss jedes Kind Abwehrmechanismen in seinem Zentralnervensystem aufbauen, die seine wirklichen Affekte und Empfindungen unbewusst machen. Dadurch werden seine Gefühle und sein Körperleben irreal und symbolisch, und die im Körper verdrängte Schmerzenergie verursacht Muskelspannungen und andere somatische Schädigungen. Die einzige Methode, diesen Urschmerz und mit ihm die neurotischen Symptome zu beseitigen, besteht ... in den ... Primärerlebnissen, in denen der Patient seine echten Gefühle zurückgewinnt“ (Hemminger, 1982, S. 76).

Mit dieser Theorie verwirft Janow das Lehrgebäude der heutigen Psychoanalyse und kehrt zu der anfänglichen Idee von S. Freud und J. Breuer zurück, dass ein Neurotiker an „Reminiszenzen“ leide. Nach ihrer um die Jahrhundertwende vertretenen Ansicht verdrängt der Kranke schlimme Erfahrungen seiner Kindheit, die zu unbewussten Vorstellungen werden. Die mit ihnen verbundenen Angst- und Schmerzgefühle haben einen „Affektbetrag“, der sich in neurotischen Symptomen entlädt. Auch weltanschaulich vertritt Janow – ähnlich dem frühen S. Freud – einen radikalen Materialismus. Er betrachtet religiöse Ideen und Bedürfnisse des Menschen als Formen neurotischer Gefühlsabwehr. Seine Methode hält er nicht nur für die einzig wirksame Psychotherapie, sondern auch für einen entscheidenden Schritt der menschlichen Evolution.

Zum Methode

Die Besonderheit der Primärtherapie besteht in ihrer Methode, die ganz anders ist als die der frühen Psychoanalyse. Typischerweise liegt der Klient in einem schalldichten und gepolsterten Raum auf dem Boden und erzählt dem Therapeuten von Kindheitserinnerungen, Träumen, ängstigenden Alltagserfahrungen usw. Hat dieser den Eindruck, dass zentrale Emotionen anklingen, hält er den Klienten dazu an, sich in sie zu versenken. Er verstärkt die Konzentration auf das Gefühlserleben durch verschiedene Techniken, wenn der Klient – was nach einiger Übung häufig geschieht – dies nicht von selbst tut. Dazu gehören hyperventilierendes Atmen – „Gefühle mit tiefem Ausatmen herausbringen“ -, Berührung, emotionsgeladene Anweisungen – „Sag es deiner Mutter. Sag es ihr endlich einmal!“ – und andere Suggestionen. Es kommt zu heftigen, z.T. lang andauernden Gefühlsausbrüchen, Zorn, Weinen, Klagen, Betteln um Liebe usw.

Die Emotionen sind von z.T. klaren Erinnerungsbildern begleitet. Nach dem Klimax folgt eine Phase ruhiger Entspannung, in der im Gespräch mit dem Therapeuten Deutungen für das Erlebte gesucht werden. Diese haben i.d.R. die Form von Kausalerklärungen für die Probleme des Klienten: „Deshalb habe ich immer Angst vor Frauen...“ – Mit denselben Techniken lassen sich, wie Janow wenig später bemerkte, starke Körpererlebnisse auslösen, die er als Wiedererleben des Geburtstraumas deutet, als Erinnerung an Leiden des Fötus im Mutterleib, sogar als „Konzeptionstraume“ usw. Er geht seither von einem dreischichtigen Menschenbild aus: Das Denken ist die Ebene der Abwehr gegen Primärschmerz, darunter liegt die Ebene der Gefühle und die des Körperlichen. Beide müssen durch „primals“ befreit werden.

Neuere Entwicklungen

Janow versuchte in den 70iger Jahren, ein Monopol auf die beim Klienten außerordentlich erfolgreiche Primärtherapie mit Rechtsverfahren durchzusetzen, scheiterte jedoch. Die „International Primal Association“ trennte sich persönlich und inhaltlich von ihm. In der Folge floss seine Psychotechnik in viele andere Ansätze mit ein, z.T. mit gegensätzlicher weltanschaulicher Ausrichtung (Rowan 1990, S. 20). In Verbindung mit dem Reinkarnationsglauben werden z.B. „primals“ aus angeblichen früheren Existenzen erlebt. Esoterische Anbieter gehen von einer vierten, spirituellen Ebene der Person aus, die es zusätzlich zu erkennen gilt (Hoffman-Prozess oder Quadrinity). Selbst die sog. dynamische Meditation der Bhagwan-Bewegung wurde von der Primärtherapie beeinflusst. Inzwischen wird Primärtherapie viel häufiger im Kontext solcher „New-Age-Therapien“ angeboten als in der ursprünglichen Form. Die theoretische Fundierung stammt dann aus der transpersonalen Psychologie von S. Grof und K. Wilber (Rowan, 1990).

Beratung/Seelsorgerliche Beurteilung

Die Methode der Primärtherapie ist als suggestive und autosuggestive Technik zur Erzeugung einer emotionalen oder körperlichen Katharsis einzuordnen. An Janows Menschenbild ist ihre Verwendung nicht gebunden. In der Psychotherapie (z.B. in der Schule Wilhelm Reichs) und außerhalb (schamanistische Rituale) gab es solche Techniken vor ihm. Heute gibt es eine Vielzahl von Anwendern mit unterschiedlichen weltanschaulichen Voraussetzungen. Die Erwartungen von Klienten und Therapeuten legen fest, welches Erleben und letztlich bewirkt wird. Bei Janow dienen als zentrale Vorstellung (focus) des Erlebens angebliche Erinnerungen an Traumata, ihr Durchleben wird als heilend betrachtet. Andere Deutungsrahmen sind möglich, auch eine christlicher (z.B. im Rahmen einer Vorstellung von innerer Heilung). Dem stehen jedoch fachliche Bedenken entgegen. Zum einen sind die durchlebten Erinnerungen biographisch unzuverlässig, vergleichbar dem (durch den Dialog mit dem Therapeuten gelenkten) Fabulieren in hypnotischer Trance. Reale Probleme und Konflikte werden nicht selten, ähnlich wie in Träumen, in Bildern und Geschichten verschlüsselt. Auch „Deckerinnerungen“ im Sinn der Psychoanalyse dürften vorkommen. Werden sie – was in der Praxis die Regel ist – als lebensgeschichtliche Fakten genommen, kommt es zu realitätsfernen Deutungen. Zum zweiten ist Primärtherapie wie alle kathartischen Techniken sehr belastend und in vielen Fällen strikt kontraindiziert. Das intensive Gefühlserlebnis stört – besonders durch häufige Wiederholung – die Anpassung an das Alltagsleben und kann sogar Suchtverhalten bewirken („primal addiction“). Trotzdem ist die Kenntnis des kathartischen Erlebnis für Seelsorger/Berater wichtig, da es in einer therapeutischen Situation auch spontan vorkommen kann.

Problemanalyse

Die Problemanalyse besteht in der präzisen Beschreibung des Problems des Ratsuchenden und in der Erfassung der Bedingungen, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung verantwortlich sind. Dabei wird sie zunächst grobe, aber dann immer genauere Angaben zur Problembeschreibung und dem Bedingungsmodell geben können.

Das Vorgehen in der Problemanalyse kann in 6 Schritten erfolgen (nach Reinecker, 1994) und beachtet unterschiedliche Ebenen des Problems:

- Präzise Beschreibung des Problems mit Angaben über die Art, Häufigkeit, Schwankungen und Intensität des Problems.
- Erfassung und Beschreibung situationaler Bedingungen des Verhaltens: Sowohl vorausgehende (auslösende) Merkmale der Situation sowie nachfolgende (verstärkende) Konsequenzen werden zur Bedingungsanalyse herangezogen.
- Ermittlung des bisherigen Umgangs mit dem Problem (z.B. Bewältigungsversuche) und dem Grad der Beeinträchtigung).
- Erkundung der Entwicklung des Problems: Zu beachten ist, dass eine exakte und zutreffende Erinnerung der ursprünglichen Bedingungen für die Entstehung einer Störung nicht mehr erfolgen kann. Auch können sich die ursprünglichen Bedingungen der Störung geändert haben.
- Erstellung eines hypothetischen Bedingungsmodell für das Problem: Die Informationen aus den Punkten 1 bis 4 und das theoretische Hintergrundwissen des Beraters stellen den Rahmen für die Erstellung von Hypothesen über die Aufrechterhaltung des Problems dar. Wichtig ist zu beachten, dass das Bedingungsmodell immer vorläufig ist und für Veränderungen offenbleiben muss und dass das Bedingungsmodell jeweils erklärt werden soll (Transparenz).
- Erfassung von Vermutungen des Ratsuchenden über die Entstehung und Aufrechterhaltung seines Problems (Health-Belief-Modell): Diese Attributionen lassen sich unterscheiden in Kausalattributionen als Vermutungen über die Ursachen eines Ereignisses und Kontrollattributionen als Vermutung über Möglichkeiten der Kontrolle bzw. Beeinflussung der Störung.

Nach der Problemanalyse erfolgt dann die Planung und Kontrolle des beraterlichen Handelns.

(Quelle: Psychologie)

Psychoanalyse

Psychoanalyse ist nicht ein allgemeines Analysieren der menschlichen Psyche, sondern die Psychotherapiemethode nach Sigmund Freud. Freud, ursprünglich Neurologe, erlebte bei der Anwendung der Hypnose, wie stark unser Denken und Fühlen vom Unbewussten geprägt wird.

Freud hat das schon vorhandene *Konstrukt Unbewusstem* mit Leben und Inhalt gefüllt. Konstrukt bedeutet, dass es nicht ein Unbewusstes als solches gibt. Das Unbewusste ist eine hilfreiche gedankliche Konstruktion, um sich und seine Umwelt besser zu verstehen. Bekannt wurde Freud durch „Die Traumdeutung“ (1900). Damals beschäftigte sich kein ernsthafter Wissenschaftler mit Träumen. Die Traumdeutung war ein erster Affront gegenüber der damaligen wissenschaftlichen Welt, dem Freuds Sexualtheorien folgten und noch mehr Empörung hervorriefen. Um Freud zu verstehen, ist sein aufklärerisches Sendungsbewusstsein, sein „missionarischer“ Eifer von großer Bedeutung. Wer es wagte, wie C.G. Jung oder später A. Adler und in ihrem Gefolge viele andere, Freud und seinen von ihm anerkannten Schülern zu widersprechen, der wurde aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) ausgeschlossen. Das führte zur Gründung vieler psychoanalytischer Gesellschaften.

Obwohl die Psychoanalyse von den Analytikern selber missbraucht worden ist, sind Freuds Entdeckungen bis heute von wesentlicher Bedeutung. In der eigenen *Lehranalyse* über viele hundert Stunden erleben Analytiker am eigenen Leibe, worum es in der Psychoanalyse geht.

Wie arbeitet die Psychoanalyse? Der Analytiker klärt den Patienten, über die Arbeitsweise der Psychoanalyse auf und stimmt sich mit ihm am (*Arbeitsbündnis*). Er lässt den Patienten alles erzählen, was ihm in den Sinn kommt, ob es ihm zu passen scheint oder nicht (*freie Assoziation*). Auf diese Weise lernt der Analytiker die unbewussten Strukturen des Denkens und Fühlens des Patienten kennen. Der Analytiker selber ist gehalten, in einer *gleichschwebenden Aufmerksamkeit* das in sich aufzunehmen, was der Patient sagt, sich von dem Patienten „anmuten“ zu lassen. Der Analytiker sitzt hinter dem Patient oder ihm gegenüber. Er greift die Einfälle auf, die er auf Grund seines größeren Abstandes zum Patienten zu Zusammenhängen verhelfen, die dessen eigener Widerstand ihm niemals erlaubt hätte zu erkennen.

Psychodynamik besagt, dass unsere augenblicklichen Einfälle und Gedanken immer auch von unbewussten Antrieben gesteuert werden. Die Psychoanalyse spricht von Trieben, von dem Es, aber auch vom dem Ich und Über-Ich, aus dem unser Denken und Fühlen sich speist. Die *psychoanalytische Entwicklungspsychologie* beschreibt die Stufen der psychosexuellen Entwicklung. Der dem Menschen unbewusste *Widerstand* mit seinen *Abwehrmechanismen* (z.B. Verdrängung, Verleugnung, Projektion) beschreibt, wie der Mensch sich gegen die Aufdeckung seiner Seelentiefe wehrt. Unter *Übertragung* versteht die Psychoanalyse den Umstand, dass der Patient die Gefühle und ungelösten Konflikte gegenüber den Eltern und Geschwistern im Laufe der Analyse zunehmend auf seinen Analytiker überträgt. Die psychoanalytische Therapie stärkt das Ich der Patienten, so dass diese mit ihren triebhaften Seiten (z.B. Aggression, Sexualität) sozial angemessener umgehen können. Für den Analytiker ist die psychoanalytische Haltung wichtig, die besagt, dass er abwartet, was vom Patienten kommt. Der Analytiker gibt dem Patienten die Möglichkeit, sich zu entfalten. In der Psychoanalyse lernt der Patient neue Umgangsweisen mit seinen Primärkonflikten, wo diese in der Beziehung zum Analytiker erneut an den Tag treten. Der Patient lernt zu trennen zwischen dem, was der Analytiker ist, und dem, was er auf den Analytiker überträgt. Diese schwierige Arbeit braucht viel Zeit. Vom Analytiker verlangt diese Arbeit großen persönlichen Einsatz. Er muss

unterscheiden zwischen dem, was der Patient auf ihn überträgt und dem, was real zwischen beiden abläuft. Dieses Arbeiten im Grenzbereich von Phantasie und Wirklichkeit bedarf einer guten Verwurzelung des Analytikers in der Realität. Er würde sonst, wie einige seiner Berufskollegen, von den eigenen Wünschen oder Größenphantasien weggeschwemmt und, genau wie seine Patienten, ein Opfer seiner eigenen Träume werden. Das kann zu sexuellem und narzisstische Missbrauch (Aufbau des eigenen Selbstwertgefühls des Analytikers) der Patienten durch nicht kompetente Analytiker führen.

Kritische Bewertung

Die Kritik an der viele hundert Stunden langen Psychoanalyse führte zur Entwicklung von psychoanalytischer Fokalthherapie und Kurztherapie und den unterschiedlichsten tiefenpsychologischen Verfahren. Diese Verfahren berücksichtigen gezielter, wie weit und wie tief der Patient eine Veränderung in seinem Leben herbeiführen will. Der der Psychoanalyse gemachte Vorwurf, sie öffne sich i.d.R. kaum anderen Therapiemethoden im Sinne einer „integrativen Therapie“, berücksichtigt nicht den Aspekt, dass der psychoanalytische Ansatz weniger symptomorientiert als charakterorientiert ist. In modernen Psychoanalyse-Lehrbüchern werden andere Verfahren berücksichtigt (Thomä; Kächele 1985). Der Psychoanalyse geht es nicht vordergründig um das Ziel der Symptombeseitigung, sondern um die Aufdeckung und Bearbeitung der Symptomwurzeln. Die empirische Psychotherapieforschung versucht, das therapeutische Geschehen zu operationalisieren, was bei den am Symptom orientierten Therapieverfahren leichter ist als bei der am Unbewussten orientierten Psychoanalyse. Im Rahmen der Psychotherapieforschung ist die Wirksamkeit der Psychoanalyse eindeutig nachgewiesen worden (Übersicht bei Brockmann 1995). Die unterschiedlichen therapeutischen Ausgangspunkte verschiedener Psychotherapieverfahren erschweren die Vergleichbarkeit derselben. Wirtschaftliche Zwänge und neue psychische Krankheitsbilder verlangen zunehmend eine Differentialindikation für die verschiedenen Psychotherapieverfahren. Hier liegt vor der Psychotherapieforschung noch ein großes Forschungsfeld.

Psychoanalyse in Psychotherapie und Beratung/Seelsorge

Was unterscheidet nun den Analytiker vom Berater/Seelsorger, und was haben sie gemeinsam? Die Arbeit des Analytikers geschieht in der *Abstinenz*, damit der Patient auf ihn als Analytiker seine eigenen Projektionen übertragen kann. Von daher kann der Analytiker seine nahen Angehörigen nicht analysieren. Diese kennen ihn zu gut, und er bietet ihnen nicht den Freiraum der Phantasie. Der Analytiker hat sich der Entwicklung des Patienten verschrieben, der schöpfungsmäßigen Entfaltung, einer gottgewollten Entwicklung. Der Berater/Seelsorger hingegen hat das Ziel, einem Menschen zu helfen, Teil der neuen Schöpfung zu werden, und auf den hinzuweisen, durch dessen Tod und Auferstehung allein Christen Glieder des neuen Reiches Gottes werden. So sind in der Zielsetzung unterschiedliche Aufgaben, auch wenn in der Praxis des Alltags so manches ähnlich aussieht.

(Quelle: Psychologie)

Psychologie

Die wörtliche Übersetzung führt zu einer „Lehre von der Seele“ und verlangt dann konsequenterweise auch eine Definition des Seelenbegriffes. Mit ihrer naturwissenschaftlich-empirischen Sicht kann die Psychologie dies nicht leisten und beschreibt sich deshalb operationalisierbar als „Wissenschaft von den Formen und Gesetzmäßigkeiten des Erlebens und Verhaltens“.

Wissenschaftsgegenstand der Psychologie ist der Mensch, und die in der akademischen Psychologie heute übliche Wissenschaftsmethode zur Überprüfung der Gesetzmäßigkeiten ist die Empirie. Weil sich Psychologen der Begrenztheit dieser empirischen Sicht bewusst sind, ist eine enge Zusammenarbeit mit der Philosophie und Theologie einerseits und den anderen Sozialwissenschaften sowie der Medizin andererseits unabdingbar. Von diesen Disziplinen stammen auch die Hypothesen, die in der Psychologie empirisch überprüft werden. Mit einer solchen Sicht der Psychologie ist einerseits die immer wieder geäußerte Ideologiefälligkeit zurück- und andererseits auf die Vorläufigkeit der auf empirischem Wege ermittelten Ergebnisse hinzuweisen.

Obwohl es in der Kultur- und Weltgeschichte – und natürlich auch in der Bibel – eine große Zahl von psychologisch sehr reinfühlsamen Berichten gibt und auch viele Klassiker über die Seele bzw. Psychologie geschrieben wurden – z.B. Aristoteles, „Über die Seele“; Melachthon, „Kommentar über die Seele“; Herbart, „Lehrbuch zur Psychologie“ -, wurde die Psychologie erst durch Wundt im Jahr 1879 von der Philosophie abgetrennt und zu einer eigenständigen Universitätsdisziplin. Wenn in manchen christlichen Kreisen auch heute noch davon ausgegangen wird, dass Psychologen Konkurrenten des Seelsorgers seien, die „im Unbewussten herumforschen und Menschen vom Glauben abbringen“, dann kann es sich hier nur um ein sprachliches Missverständnis handeln. Immer wieder muss deshalb darauf hingewiesen werden, dass die Psychologie keinesfalls der Psychotherapie gleichzusetzen ist. Zwar gibt es zu einzelnen Psychotherapien einige Schnittmengen – z.B. zur Verhaltenstherapie und den Kognitiven Therapien -, aber sowohl was das Wissenschaftsverständnis der verschiedenen Psychotherapien anbelangt als auch ihre Anthropologie, unterscheiden sich beide Disziplinen häufig ganz wesentlich voneinander. Dies wird deutlicher, wenn man die Teilgebiete der wissenschaftlichen Psychologie beschreibt, wie sie heute an den Universitäten gelehrt werden:

- Allgemeine Psychologie:

Hier werden Bedingungen und die daraus ableitbaren Konsequenzen der Wahrnehmung – z.B. Sehen, Hören, Fühlen usw. -, des Denkens, Lernens und der Motivation erforscht.

- Psychophysiologie:

Hier werden die Zusammenhänge zwischen körperlichen Vorgängen und psychischen Prozessen untersucht. Es handelt sich dabei um ein Grenzgebiet zur Biologie und zur Medizin, bei dem z.B. das Verhalten der Menschen – und Tiere – über die elektrochemischen Begleitvorgänge an den Verbindungsstellen zwischen den Nervenzellen erforscht wird.

- **Sozialpsychologie:**

In der Sozialpsychologie wird versucht, das menschliche Verhalten im Zusammenhang mit der Gruppe zu sehen. So fragt der Sozialpsychologe beispielsweise, wie die Stellung eines Mitglieds in der Gruppe sein Verhalten beeinflusst.

- **Entwicklungspsychologie:**

Heute sieht man die Entwicklung des Kindes zum Erwachsenen und weiter bis zum alten Menschen sowohl vor anlagebedingtem Hintergrund als auch im Sinne von lebenslang andauernden Lernprozessen bzw. zu lösenden Entwicklungsaufgaben. Deshalb ist besonders die Entwicklung des Denkens, des Gedächtnisses, der Motivation usw. interessant.

- **Pädagogische Psychologie:**

Die pädagogische Psychologie ist mit der Entwicklungspsychologie und der Sozialpsychologie eng verwandt. Sie befasst sich besonders mit Lernprozessen und daraus ableitbaren praktischen Anwendungen für Schule und Elternhaus. Aber auch Lernstörungen und Lernbehinderungen sowie Fragen nach dem pädagogischen Stil der Erzieher sind wichtig.

- **Differentielle Psychologie:**

Die Differentielle Psychologie versucht Unterschiede zwischen einzelnen Menschen festzustellen, und beschreibt dazu bestimmte Merkmale der Persönlichkeit. Heute geht man z.B. davon aus, dass man den Menschen durch eine größere Zahl von einzelnen Wesenszügen beschreiben kann.

- **Diagnostische Psychologie:**

Mit den Hilfsmitteln der diagnostischen Psychologie wird versucht, die genannte Wesenszüge, aber auch das Sozialverhalten, Kreativität und Intelligenz so genau wie möglich zu erfassen. Grundgedanke einer solchen Diagnostik ist es, den „richtigen“ Menschen für eine bestimmte Aufgabe auszusuchen oder auch für eine solche Aufgabe gezielt vorzubereiten. Als Hilfsmittel hierzu gibt es eine große Zahl von Testverfahren.

- **Arbeitspsychologie:**

Arbeitspsychologen setzen sich insbesondere mit den Belangen des arbeitenden Menschen – in der Regel in Industriebetrieben – auseinander. Sie versuchen, die Arbeitsumgebung optimal an die Bedürfnisse der Werk tätigen anzupassen, die Arbeitsräume so zu gestalten, dass man sich wohl fühlt, untersuchen die Längen der Pausen im Verhältnis zur Arbeitszeit, entwickeln leicht ablesbare Skalen für Messinstrumente usw.

- **Klinische Psychologie:**

Die Bezeichnung „klinische Psychologie“ stammt aus den Vereinigten Staaten und gibt die dortige Situation besser wieder, weil dort wesentlich mehr Psychologen in den Kliniken arbeiten als in Europa.

Auf unsere Verhältnisse bezogen, ist die Bezeichnung „klinisch“ zu eng, denn neben dem Umgang mit psychisch kranken Menschen in Krankenhäusern und anderen stationären Therapieeinrichtungen gehört zum Aufgabenfeld des klinischen Psychologen auch Eheberatung und Familienberatung, Telefonseelsorge usw. Er arbeitet häufig mit Ärzten und Sozialarbeitern zusammen, da viele körperliche Krankheiten auf seelische Störungen zurückzuführen sind oder auf dem Hintergrund schwieriger sozialer Verhältnisse entstanden sind. Die psychischen Störungen, mit denen sich der klinische Psychologe hauptsächlich auseinanderzusetzen hat, können in 10 Gruppen zusammengefasst werden:

Hierzu gehören:

- (1) Entwicklungsstörungen,
- (2) Verhaltensstörungen,
- (3) Neurosen,
- (4) Leistungsstörungen,
- (5) abweichendes Verhalten,
- (6) Funktionsstörungen,
- (7) Sexualstörungen,
- (8) Mentalstörungen,
- (9) Sprachstörungen
- (10) Weitere Leidensformen – z.B. Psychosen, Konflikte, akute Leidensstörungen -.

Psychopharmaka

Psychopharmaka ist der Sammelbegriff für alle Medikamente, die auf die seelische Befindlichkeit wirken. Zu den am häufigsten Verwendung findenden gehören Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer und Hypnotika.

Seit den Anfängen der Pharmakotherapie bei psychischen Störungen in den 50er Jahren ist der Gebrauch von Medikamenten zu einem Standardvorgehen der Psychiatrie geworden. Den Behandlungsmöglichkeiten mit Psychopharmaka ist besonders bei schwer gestörten Patienten zu verdanken, dass die Notwendigkeit eines längeren Krankenhausaufenthaltes deutlich seltener wurde. Während z.B. in den USA 1957 ca. 570.000 Patienten in geschlossenen Anstalten aufbewahrt wurden, waren es 1975 nur noch ca. 200.000. Dieser Rückgang ist eindeutig auf die Behandlung durch Medikamente zurückzuführen, in erster Linie den Neuroleptika, die hauptsächlich bei psychotischen Störungen (z.B. Schizophrenie, Psychosen) wirksam sind, und den Antidepressiva, Psychopharmaka wird zwar nicht heilend, aber sie unterdrücken die Symptome vieler psychischer Störungen und schaffen damit häufig die notwendigen Voraussetzungen für andere psychotherapeutische Interventionen. Die wissenschaftlichen Untersuchungen, die die erwünschten Wirkungen verschiedener Psychopharmaka nachweisen, sind eindeutig und überzeugend. Trotz der unangenehmen Nebenwirkungen fördern die Medikamente im allgemeinen auch das subjektive Wohlbefinden der Patienten. Zweifelsohne sind aggressive, sehr unruhige oder angstgeplagte Patienten auch leichter zu betreuen, wenn sie symptomreduzierende Medikamente nehmen; der häufige Vorwurf, Patienten würden ausschließlich zu diesem Zweck „vollgepumpt“, entspricht jedoch sicherlich nicht der Realität. Das subjektive Erleben mancher Patienten, dass ihre Symptome eher auf die Medikamente als auf die psychische Störung zurückzuführen seien, ist im Einzelfall schwierig zu bewerten: Einerseits sind mündige Patienten die besten Experten in eigener Sache, andererseits ist es verständlich, dass Betroffene die Ernsthaftigkeit ihrer Krankheit oft nicht wahrhaben wollen.

Kontrovers ist die Behandlung mit Psychopharmaka hauptsächlich aus 2 Gründen: Zum einen, weil die Nebenwirkungen je nach Medikament und Dosierung z.T. erheblich und unangenehm sind (insbesondere bei Neuroleptika und Antidepressiva); zum anderen, weil bei bestimmten Medikamenten (insbesondere bei Tranquilizern und Schlafmitteln) das Suchtpotential hoch ist. Leider werden gerade die letztgenannten Medikamente häufig bei Patienten verschrieben, denen mit psychotherapeutischen Methoden besser geholfen wäre. Die Erwartung, mit Pillen und Tropfen Lebensprobleme zu lösen, ist bei vielen Menschen so hoch, dass sie keine anderen Hilfen akzeptieren. Ein sehr problematischer Aspekt ärztlicher Verschreibungspraxis ist in diesem Zusammenhang sicherlich die Tatsache, dass bei weniger als 20% der Patienten mit Langzeitverordnungen ausführliche diagnostisch-therapeutische Beratungsgespräche oder psychotherapeutische Hilfen stattfinden (Bundesminister für Gesundheit 1992).

In der Praxis Biblisch-therapeutischer Seelsorge werden immer wieder Fälle bekannt, in denen Ratsuchende zu ihrem Schaden dazu bewogen wurden, auf jegliche Medikamente aus „Glaubensgründen“ zu verzichten. Im Hintergrund stehen hier meistens einseitige theologische Konstruktionen, nach denen z.B. jede psychische Störung auf Unglaube, Schuld oder dämonische Einwirkung zurückzuführen sei. Das Menschenbild der Bibel ist im Gegensatz zu solchen Überzeugungen jedoch ganzheitlich: Die Bibel sieht den Menschen als eine Einheit aus Geist, Seele und Leib (vgl. 1Thess 5,23). Dementsprechend können Heilungsprozesse auch mit geistlichen, psychischen und körperlichen (medizinischen) Methoden gefördert werden.

Antidepressiva

Antidepressiva sind eine Gruppe der Psychopharmaka, die zur Behandlung von Depressionen eingesetzt werden. Sie wirken meist stimmungsaufhellend und angstlösend. Je nach Ausprägung der Depression können psychomotorisch beruhigende oder anregende Antidepressiva verschrieben werden. Antidepressiva machen nicht süchtig, auch wenn eine psychische Abhängigkeit in Einzelfällen möglich ist. Die Nebenwirkungen sind unangenehm (z.B. trockene Schleimhäute, Blutdruckabfall, Verstopfungsneigung, Müdigkeit usw.). Die gewünschte Wirkung setzt in der Regel erst in 1 bis 3 Wochen ein. Eine Besserung der akuten Beschwerden bedeutet noch keine Genesung. Das Absetzen der Antidepressiva erfolgt nicht sofort, sondern ausschleichend unter ärztlicher Betreuung. Alkohol und koffeinhaltige Getränke sollten während der Einnahme nicht konsumiert werden. Bei der Behandlung von manisch-depressiven Störungen spielen die Lithiumsalze eine wichtige Rolle. Enge Kontrollen durch Bestimmung des Blutserumspiegels sind hier wichtig. Zu den Nebenwirkungen gehören Gewichtszunahme, Störung der Flüssigkeitsaufnahme und -ausscheidung, Konzentrationsstörungen etc.

Neuroleptika

Neuroleptika haben psychische, motorische und vegetative Wirkungen. Beim gesunden Menschen hemmen sie den Antrieb und das Interesse, verursachen Müdigkeit und bewirken emotionale Ausgeglichenheit. Sie schränken das Bewusstsein nicht ein.

Menschen mit psychotischen Störungen werden durch die Einnahme von Neuroleptika weniger aggressiv und im gesamten Verhalten ruhiger. Wahnvorstellungen und Halluzinationen werden reduziert oder unterdrückt.

Neuroleptika machen nicht süchtig. Zu den Nebenwirkungen gehören Störungen des Bewegungsablaufes, Sitz-, Steh- und Gehunruhe, Kaustörungen, Trockenheit der Nasen-, Rachen- und Mundschleimhäute, Gewichtszunahme, Verstopfungsneigung, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, innere Unruhe etc.

Tranquilizer

Tranquilizer sind Beruhigungsmittel, die sehr häufig verschrieben werden. Mit ihrem breiten Wirkungsspektrum liegen die Benzodiazepine an erster Stelle und stehen fast synonym für den Begriff „Tranquilizer“. Zu den Indikationen zählen Angst- und Spannungszustände, Stressfolgen, muskuläre Verspannungen, Schlafstörungen etc. Tranquilizer wirken beruhigend, angstlösend, krampflösend und aggressionsmindernd. Das Suchtpotential ist hoch. Das Abhängigkeitsrisiko steigt mit der Dauer der Einnahme. Bei suchgefährdeten Personen können niedrig dosierte Neuroleptika als Ersatzmittel eingesetzt werden. Beruhigungs- und Schlafmittel werden häufig unkritisch und unkontrolliert verordnet, obwohl in den meisten Fällen psychotherapeutische Methoden mindestens ebenso hilfreich wären.

Hypnotika

Hypnotika sind Schlafmittel. Häufig werden hierzu Tranquilizer verordnet. Für eine kurze Zeit (z.B. in einer Krise, bei Schmerzen usw.) sind diese Medikamente wirksame Einschlafhilfen, weil sie entkrampfend wirken, beruhigen und die Stimmung aufhellen. Jedoch lässt bereits nach wenigen Wochen die einschlaflfördernde Wirkung deutlich nach, d.h. das Medikament wirkt nicht mehr bzw. die Dosis muss erhöht werden. Versucht man dann, das Medikament abzusetzen, treten Entzugserscheinungen ein: Unruhe, Schlaflosigkeit, Ängste, Kopfschmerzen usw. Das heißt, das Absetzen bewirkt genau die Symptome, gegen welche man das Medikament überhaupt genommen hat. Subjektiv entsteht bei vielen Patienten dann der Eindruck, man hätte eine Krise noch nicht überwunden und brauchte noch die Schlafmittel. Der Kreislauf einer Schlafmittelabhängigkeit beginnt.

Es gibt eine Anzahl wirksamer pflanzlicher Schlafhilfen (z.B. Valeriansäure, Hypericum) und Kräutertee (z.B. Baldrian, Basilikum, Benediktinen-Distel, Hopfen, Lavendel, Melisse) bei denen keine Toleranz entsteht. Sie sind im allgemeinen rezeptfrei in der Apotheke erhältlich.