

Inhalt

Sadismus

Sanguiniker

Schizophrenie

Sozialpsychologie

Störung, psychische Störung

Sucht – Suchtmittel

Systemtherapie

Sadismus

Abgeleitet vom Namen des frz. Marquis de Sade, der in seinen Schriften und in seinem Leben viele Beispiele des Sadismus vorführte. Sadismus ist eine sexuelle Perversion, bei der die sexuelle Befriedigung durch Zufügen von Schmerzen physischer oder psychischer Art erreicht wird. Ob das Opfer mit dieser Zufügung einverstanden ist, also unter sexuellem Masochismus leidet, oder nicht, spielt für die Diagnose des Sadismus keine Rolle. Die Intensität des Sadismus zeigt sich in stark variierenden Symptomen, die von der sexuellen Erregung durch schmerzvolle Gesichtsausdrücke bis zum Orgasmus reichen, der durch das Erleben von Blut, Schmerz, Folter oder sogar Tod seiner Opfer ausgelöst wird.

Sanguiniker

(siehe Melancholie)

Schizophrenie

Die Schizophrenie gehört zu der Krankheitsgruppe der Psychosen. Dieser Begriff umfasst schwere Störungen, die durch abnormes Erleben und Verhalten sowie ausgeprägte Veränderungen der Persönlichkeit gekennzeichnet sind und zum Verlust der normalen Arbeitsfähigkeit führen. Der Betroffene ist nicht mehr in der Lage, äußere Erfahrungen und eigene Erlebensweisen auseinanderzuhalten. Die wörtliche Übersetzung „Spaltung des Geistes/des Kopfes“ gibt das Erleben der Kranken und die vielfältigen Symptome einer Schizophrenie nur unvollständig wieder. Der Begriff rührt aber daher, dass die Betroffenen in den Krankheitsphasen wie in 2 Welten leben können, nämlich in ihrer wirklichen Umwelt und in der verzerrten Welt ihrer Wahnideen. Ca. 1% der Bevölkerung erkrankt im Laufe des Lebens einmal an einer Schizophrenie.

Ursachen und Entstehung

Die Ursachen sind bis heute nicht vollständig geklärt, doch geht man von einem erheblichen erblichen Anteil aus, der sich in einer Störung des sog. Dopaminstoffwechsels im Gehirn äußert. Dazu kommen Belastungen aus der Umwelt, durch die sich die Betroffenen rasch überfordert fühlen. Menschen, die an einer Schizophrenie erkranken, haben schon vorher eine verletzbar Persönlichkeit, die unter Stress vermindert belastbar ist. Unter Belastungen ist eine verletzbar Persönlichkeit nicht mehr in der Lage, die entstehenden Gedanken, Gefühle und Aufgaben zu bewältigen – es kommt zum „Nervenzusammenbruch“, zu psychotischen Krise.

Diagnose der Schizophrenie

Die Diagnose einer Schizophrenie wird heute sehr zurückhaltend gestellt. Doch ist es selbst für den Erfahrenen heute noch schwierig, sich in Grenzfällen festzulegen. Im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung gibt es 3 Phasen:

- A) Prodromalphase (allmähliche Verschlechterung),
- B) Aktive Phase (Akutsymptome),
- C) Residualphase (Restzustand).

Die Gesamtdauer dieser 3 Phasen sollte mindestens 6 Monate betragen, wobei die Phasen unterschiedlich lange sein können. Meist beginnt eine Schizophrenie vor dem 45. Lebensjahr. Bei einem gutartigen Verlauf sind die Phasen A und B relativ kurz, doch braucht es noch eine längere Erholung (Phase C), die sich über ein halbes Jahr hinziehen kann; danach tritt keine Episode mehr auf. Bei einem schubweisen Verlauf treten immer wieder aktive Schübe (Phase B) auf, dazwischen kann es dem Betroffenen gut gehen, wobei oft eine Verminderung der früheren Leistungs- und Erlebnisfähigkeit beobachtet wird. In ca. einem Drittel der Fälle kommt es zu einem chronischen Verlauf, bei dem der Betroffene sich von den akuten Phasen nur unvollständig erholt und zunehmend unter den Beeinträchtigungen des Restzustandes leidet.

Folgende Symptome treten in den einzelnen Phasen der Schizophrenie auf (in Anlehnung an DSM-III)

A. *Prodromalphase*

(Prodom = Vorläufer) Deutliche Verschlechterung gegenüber dem früheren Leistungsniveau (Berufstätigkeit, soziale Beziehungen, Selbstversorgung). Mindestens 2 unten genannten Symptome, die nicht durch eine Verstimmung oder durch Drogen verursacht sind.

Symptome während der Prodromal- und Residualphase:

1. soziale Isolation oder Zurückgezogenheit;
2. ausgeprägte Beeinträchtigung in Beruf, Haushalt oder Ausbildung;
3. ausgeprägt absonderliches Verhalten (Sammeln von Abfällen, Horten von verrotteten Lebensmitteln, enthemmtes Verhalten...);
4. ausgeprägte Vernachlässigung der Hygiene und der Kleidung;
5. abgestumpfter, verflachter oder unangepasster Gefühlsausdruck;
6. abschweifende, vage, übergenaue, umständliche oder bildhafte Sprache;
7. eigentümliche oder bizarre Vorstellungen oder magisches Denken; Gefühl, beeinflusst zu werden oder andere beeinflussen zu können, Überwertigkeitsideen, Beziehungsideen;
8. ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse, z.B. wiederholte Illusionen, jemand oder eine unsichtbare Macht sei anwesend, die von anderen nicht wahrgenommen werden kann.

B. *Aktive Phase*

Mindestens eines der folgenden Merkmale:

1. bizarre Wahnphänomene (inhaltlich offensichtlich absurd und ohne mögliche reale Grundlage), z.B. Gefühl der Beeinflussung, des Gemachten, der Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug;
2. körperbezogene, Größen-, religiöse, nihilistische oder andere Wahnphänomene,
3. Verfolgungs- und Eifersuchtswahn, kombiniert mit Halluzinationen;
4. Stimmenhören (Kommentare zum Verhalten des Betroffenen, sich unterhaltende Stimmen);
5. zerfahreneres Denken, deutliche Lockerung der Assoziationen, ausgeprägt unlogisches Denken und ausgeprägte Verarmung der sprachlichen Äußerungen, wenn sie mit mindestens einem der folgenden Merkmale einhergehen: - abgestumpfter, verflachter oder unpassender Gefühlsausdruck – Wahnphänomene oder Halluzinationen – katatonies oder sonst grob desorganisiertes Verhalten.

C. *Residualphase*

Mindestens 2 der unter A genannten Symptome, die nach einer aktiven Krankheitsphase anhalten und nicht durch eine Verstimmung oder durch Drogen verursacht sind.

Während die auffälligen Symptome als *Positivsymptomatik* bezeichnet werden, werden die Rückzugstendenzen und der Verlust bisheriger Fähigkeiten als *Negativsymptomatik* bezeichnet.

Folgende Formen der Schizophrenie werden unterschieden, wobei es vielfältige Übergänge gibt:

- *Hebephrenie*: früher Beginn, kindisch-läppisches Verhalten, Abbau der Persönlichkeit, oft antriebslos, deutlich verminderte Arbeitsfähigkeit
- *Katatone Schizophrenie*: Kombination mit ausgeprägten motorischen Störungen (z.B. stundenlanges Verharren in einer ungewöhnlichen Körperstellung oder aber Erregungszustand)
- *Paranoide Schizophrenie*: im Vordergrund steht ein deutliches Wahnsystem (z.B. Größenwahn, Erfinderwahn; Verfolgungswahn, religiöser Wahn)
- *Schizoaffektive Psychose*: schizophrene Symptome und Verlauf mit ausgeprägten Gefühlsstörungen
- *Schizophrenia Simplex*: allmähliche Persönlichkeitsveränderung ohne akuten Schub mit „Versandung“ der Gefühle, des Denkens und allgemeiner Lebensuntüchtigkeit, ohne dass es je zu einem akuten Schub einer Psychose gekommen wäre.

Zur Prognose der Schizophrenie

Die neuere Verlaufsforschung hat gezeigt, dass die Prognose der Schizophrenie erheblich besser ist, als allgemein angenommen wird. Besonders günstige Vorzeichen für den Verlauf einer Schizophrenie sind: normale Anpassung vor der Erkrankung; plötzlicher Beginn mit vielen, auffälligen Symptomen; nach einem Schub Phasen relativer Gesundheit; Beginn in jungem Alter; günstige Lebensbedingungen zu Hause; Motivation zur regelmäßigen Behandlung.

Religiöser Wahn und seine Erklärung

Grundsätzlich können 3 Formen des „religiösen Wahns“ unterschieden werden. Religiöse Bilder zur Erklärung schizophrener Erlebens, wahnhaftige Verzerrung echter Religiosität und Fehlinterpretationen religiöser Äußerungen und Sonderlehren durch die Betreuer. Die beiden ersten sind als Besonderheiten der Erlebnisverarbeitung eines schizophrener Menschen zu betrachten. Die dritte Form des religiösen Wahns beruht auf den Vorurteilen und auf dem Unverständnis der Betreuer gegenüber ungewöhnlichen Ausprägungen der Religiosität.

Religiöse Bilder zur Erklärung schizophrener Erlebens

Die Vorstellungen und Ängste, die einen Menschen während einer psychotischen Phase plagen, sind oft sehr unheimlich, fremd und „überirdisch“ und lassen sich mit der bisherigen Erlebniswelt nicht mehr erklären. Er verspürt Kräfte und Aufträge, die über das normale Maß hinausgehen, aber auch den zerstörerischen Einfluss der Krankheit auf seine Arbeit, seine Beziehungen und seine Persönlichkeit. Irdische Bilder reichen oft nicht mehr aus. Und so entwickeln auch Menschen, die im Alltag nicht vom christlichen Glauben geleitet werden, die phantasie reichsten religiösen Wahngelbilde. Klingt der schizophrene Schub wieder ab, so kehrt auch der Glaube wieder auf das vorherige Niveau zurück.

Wahnhaftige Verzerrung echter Religiosität

Der Patient hatte vor seiner Erkrankung einen gesunden Glauben. Dieser wird jedoch wie andere Lebensinhalte durch die Krankheit verzerrt empfunden und geäußert. So erklärt z.B. eine gläubige, junge Frau, sie habe sich ins Handgelenk geschnitten, um ihr Blut für die Verlorenen zu geben, weil bald Karfreitag sei.

Unter der Behandlung klang die Störung innerhalb weniger Tage ab, das Glaubensleben erlitt keinen Schaden. Zu dieser Kategorie gehören auch depressive Wahnideen, wie z.B. Versündigungsideen, die groteske Formen annehmen können.

Besondere Glaubensausprägungen

Sie werden durch die Betreuer beim schizophrenen Patienten als Ausdruck seiner Krankheit empfunden, obwohl diese den Überzeugungen seiner Kirche oder Glaubensgemeinschaft entsprechen. So kann bereits das Reden von der Wiederkunft Jesu oder vom Weltuntergang als wahnhaft interpretiert werden. Wenn ein Bibelschüler äußert, er wolle „allen Menschen von Jesus erzählen“, so ist dies noch nicht von vornherein als „Missionierungswahn“ abzutun, selbst wenn er vielleicht an einer schizophrenen Störung leidet. Er wird ja dazu ausgebildet, andern Menschen das Evangelium weiterzusagen, so wie die Bibel es lehrt. Gerade hier ist viel Verständnis für ungewöhnliche Ausprägungen christlichen Gedankenguts notwendig, um dem Patienten nicht unrecht zu tun.

Therapie und Rückfallvorbeugung

Medikamente

Da es sich bei der Schizophrenie um eine Stoffwechselkrankheit handelt, haben Medikamente einen wesentlichen Einfluss auf das Zustandsbild. Im Vordergrund stehen die Neuroleptika. Sie führen allgemein zu einer Beruhigung und zu einer Ordnung der Denkvorgänge. Seit der Einführung der Medikamente konnten in der Schweiz ein Drittel aller Betten in der Psychiatrie abgebaut werden. Eine ärztlich kontrollierte Dauermedikation (z.B. mit Depot-Spritzen) ist die wichtigste Säule der Rückfallprophylaxe, auch wenn nicht alle Probleme durch die Medikamente gelöst werden können.

Tagesablauf, Beschäftigung

Ziel ist einerseits Schutz vor Stress, andererseits das Training der noch vorhandenen Fähigkeiten. Ein geregelter Tagesablauf ist wichtig aus folgenden Gründen: Ein klares zeitliches Programm schafft Anhaltspunkte für den Patienten; es vermittelt das Gefühl: man wird gebraucht, kann etwas machen. Schließlich werden auch die Angehörigen entlastet, die Betreuung auf mehrere Schultern verteilt.

Emotionales Klima

Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, sind allgemein weniger belastbar. Die Einstellung ihrer Umwelt, insbesondere die der Angehörigen, kann zur Vorbeugung eines Rückfalls beitragen. Es gilt, den Klienten/Patienten mit seinen Grenzen anzunehmen, ohne sich zu überengagieren.

Sozialpsychologie

Die Sozialpsychologie ist eine Sozialwissenschaft, die sich unter Verwendung psychologischer, soziologischer und kulturalanthropologischer Theorien mit dem menschlichen Verhalten in seinem sozialen und kulturellen Entstehungs- und Wirkungszusammenhang beschäftigt. Sie hat sich im Verlauf des 20. Jh. International zu einer selbständigen Wissenschaft entwickelt und wird teils in soziologischen, teils in psychologischen Fachbereichen bzw. Fakultäten an Universitäten gelehrt. Sie stellt heute ein qualifizierendes Studienelement in der Ausbildung von Dipl.-Psychologen und Dip.-Sozialwissenschaftlern dar.

Gegenstände der Forschung

Gegenstände der Forschung bilden z.B. Kommunikations- und Interaktionsprozesse in Gruppen, Leistungsverhalten, Führung und Management in Betrieben und Verwaltungen, Entstehung und Veränderung politischer, religiöser und kultureller Einstellungen, Prozesse der Stigmatisierung und Deprivation oder der primären und sekundären Sozialisation neuer Gruppenmitglieder in Familie, Schule, Betrieb, Nachbarschaft und Gemeinde. Sie entwickelt und analysiert Konzepte der Persönlichkeitsforschung im Kontext sozialpsychologischer Interaktionsmodelle unter Berücksichtigung klassischer Persönlichkeits- und Gruppentheorien der Psychologie und Soziologie. Im Bereich der Kriminalitätsforschung befasst sie sich mit den sozialen Prozessen der Entstehung devianter Persönlichkeiten (E.H. Sutherland) und mit den Zugangsbedingungen zu organisierten Banden (z.B. Mafia, Terrorismus, pseudolinke oder –rechte Gewalttäter) sowie mit der Entwicklung und Erprobung von Verfahren der sozialen Integration von Verurteilten innerhalb und außerhalb der Justizvollzugs. Bezüglich ihres Gegenstandsbereichs und ihrer Methoden weist die Sozialpsychologie gewisse Gemeinsamkeiten mit der *Sozialpsychiatrie* auf, die sich in therapeutischer und präventiver Absicht mit den krankmachenden gesellschaftlichen Aspekten psychischer Störungen, psychotischer Erkrankungen und Suchtabhängigkeiten befasst und gruppentherapeutische Verfahren zur sozialen Integration des Patienten sowie spezifische Interventionstechniken und Konzepte der psychosozialen Versorgung entwickelt.

Wissenschaftstheoretische Einordnung

Die Sozialpsychologie kann – je nach den metawissenschaftlichen Menschenbildvorstellungen der Forscher – natur-, geistes- oder sozialwissenschaftlichen Paradigmen folgen. So gibt es deterministische und indeterministische, multifaktorielle und monokausale, methodologisch-kollektivistische und methodologisch-individualistische Forschungsansätze, die sowohl die Begriffsbildung als auch den Theorientypus bestimmen.

Forschungsmethoden

Ihre Forschungsmethoden sind hauptsächlich das Laborexperiment mit Einzelpersonen und Gruppen, die kontrollierte Beobachtung unter standardisierten Bedingungen das Tiefen- und Gruppeninterview, die Feldforschung, die „cross-cultural“ Forschung mit Versuchspersonen aus verschiedenen Kulturkreisen sowie der interkulturelle Vergleich. Nachdem 1. Weltkrieg entwickelte der Psychiater J.L. Moreno die Soziometrie als ein Verfahren, Sympathien, Antipathien und Indifferenzen zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Gruppen (z.B. Flüchtlinge, Heimzöglinge, Schüler, Arbeitskollegen) statistisch zu erfassen und soziale Konflikte mittels therapeutischer Technik aufzulösen. Gegenüber den Forschungsergebnissen der experimentellen Sozialpsychologie ist wegen der notwendigerweise artifiziellen, manchmal aber wirklichkeitsfremden Versuchsanordnungen und wegen der Art der Auswahl und der Manipulierbarkeit der Versuchspersonen kritische Zurückhaltung geboten.

Wissenschaftsgeschichte

Die Wissenschaftsgeschichte der Sozialpsychologie lässt sich durch 2 Grundpositionen kennzeichnen: zum einen geht es um die Stellung des einzelnen im sozialen Umfeld, zum anderen um die Stellung des Individuums und seinen sozialen Kontext. In diesem Spannungsfeld entwickelte sich die Sozialpsychologie zunächst in Frankreich unter dem Einfluss E. Durkheims und seiner Schule (M. Mauss, M. Halbwachs, J. Piaget). In seinem Werk über den „Selbstmord“ (1897) untersuchte Durkheim die Wirkung des „Kollektivbewusstseins“ auf das individuelle Bewusstsein. Er erklärte „Soziales durch Soziales“ und schloss nichtsoziale Faktoren (z.B. individualpsychische) als Variablen aus. Der Kohäsionskraft sozialer Gruppen (Ehe, Familie, Religionsgemeinschaften, Syndikate) schrieb er den größten Einfluss auf die Neigung von Individuen zu, einen Suizid zu begehen oder nicht zu begehen. In Deutschland war es vor allem G. Simmel (1908), der durch strikte Trennung der Erkenntnis- und Gegenstandsbereiche von Soziologie und Psychologie der Sozialpsychologie die „psychologische Mikroskopie der Vergesellschaftungen“ als legitimes Aufgabengebiet zuwies. Die „Gesellschaft“ ist für Simmel das Ergebnis eines synthetischen Erkenntnisvorgangs, der von einem a priori als „gesellschaftlich“ verstandenen Element, dem Individuum, ausgeht und das „Gesellschaft-Sein“ des anderen, des „Du“, voraussetzt. Simmel vertritt wie Max Weber (Soziologische Grundbegriffe §1), im Gegensatz zu E. Durkheim, den Standpunkt des methodologischen Individualismus, demzufolge die Gruppe keine „Seele“ hat und nur das Individuum der einzige Träger sinnhaft verständlichen Handelns ist. In den Vereinigten Staaten waren es insbesondere Lester F. Ward, Albion W. Small, Florian Znaniecki und William G. Sumner, die die Sozialpsychologie unter dem sozialpolitischen Handlungsdruck der Einwanderungsproblematik vorantrieben. G. und L. Murphy und Th. Newcomb bestimmten 1937 das Verhältnis zwischen allgemeiner Psychologie und Sozialpsychologie, wie dies G. Simmel schon 30 Jahre zuvor getan hatte: „Es ist in der Tat schwierig, im menschlichen Leben Situationen zu finden, in denen der soziale Faktor vollkommen fehlt. So wird für unsere Zwecke individuelle Psychologie einfach jene Psychologie sein, in der (vergangene oder gegenwärtige) soziale Faktoren eine relativ geringe Rolle spielen, und Sozialpsychologie soll jene Psychologie sein, in der soziale Faktoren eine relativ große Rolle spielen“. Weitere Impulse gingen von den gleichermaßen für die Soziologie wie für die Sozialpsychologie wichtigen Forschungen George C. Homans, der aufgabenorientierte Gruppen, und Ronald Lippitt, der Arten und Stile der Führung untersuchte, aus und schließlich von Otto Klineberg, die Kulturanthropologie und Sozialpsychologie in einen interkulturellen Zusammenhang stellte.

Anwendungsgebiete

Die Sozialpsychologie findet heute in zahlreichen Institutionen und Organisationen Anwendung; so z.B. in der funktionalen Analyse und Synthese von Mitarbeitergruppen in der Arbeitswelt (Industrie, Handel, Produktion, Dienstleistung, Verwaltung), im Sport, in Schule und Berufsausbildung, in Diakonie und Seelsorge. Im Berufsfeld von Pfarrern, Lehrern, Sozialarbeiters regelmäßig eintretende soziale Situationen, z.B. solche der Einzel- oder Gruppenberatung und –seelsorge, der Verkündigung und des Unterrichts, lassen sich unter Berücksichtigung sozialpsychologischer Erkenntnisse in bezug auf soziale Kognition und Motivation sowie Interaktion und Kommunikations der Beteiligten optimieren. Als Hilfe zum analytischen und deutenden „Verstehen“ von Handlungsabläufen, Gruppenprozessen und interpersonellen Konflikten kann die Sozialpsychologie zweckmäßig und dienlich sein; als wissenschaftliches Hilfsmittel zur Manipulation von Gruppen und Einzelpersonen zu pseudoreligiösen, politischen oder kommerziellen Zwecken kann sie gefährlich werden. Deshalb ist seitens des Anwenders ein hohes Maß an Selbstkontrolle und Verantwortungsbewusstsein erforderlich.

(Quelle: Psychologie)

Störung, psychische Störung

(disorder, mental disorder)

Verhaltensstörung oder Erlebnis-Syndrom (Merkmalmuster), das verbunden ist mit aktuellen Beschwerden (z.B. Beklemmungszustände, Schmerzen), Behinderungen bzw. Einschränkungen in einem oder mehreren Funktionsbereichen (z.B. Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Erinnern, Sprechen, Sichbewegen), mit dem deutlich erhöhten Risiko, zu sterben, Schmerzen oder Behinderungen zu erleiden, oder mit dem Verlust der Möglichkeit, in Frieden mit sich selbst und anderen zu leben.

Das Merkmalmuster (Syndrom) einer Störung muss überdies hinsichtlich seiner Nachhaltigkeit, Schwere und Komplexität über das mit Reaktionen auf einschneidende Lebensereignisse (z.B. Tod eines nahen Angehörigen) oder schwere Konflikte und Spannungen zu erwartende Maß hinausreichend und - unabhängig von der jeweiligen Ursache - auf eine in das Verhalten, in psychische und/oder biologische Vorgänge eingreifende Dysfunktion.

Mit der Übernahme des DSM mit seinen diagnostisch-klassifikatorischen Sprachregelungen wurden die durch ätiologische Vorannahmen belasteten klassischen Begriffe wie Neurose oder Psychose durch Hinweise auf die dominanten Symptome (wie z.B. affektive, Persönlichkeits- oder somatoforme Störung) für differentialdiagnostische Zwecke präzisiert.

Der Störung-Begriff ersetzt heute in Psychiatrie und Klinischer Psychologie die früher üblichen Bezeichnungen "psychische Krankheit" oder "Geisteskrankheit". Er wurde gewählt, um die besondere Art von Beeinträchtigungen des Erlebens und Verhaltens und den ihnen zugrundeliegenden Dysfunktionen hervorzuheben, sie von genuin organischen Krankheiten abzuheben, eine Diskrimination der Betroffenen durch die Etikettierung "psychisch krank" zu vermeiden und deutlich zu machen, dass es sich um Beeinträchtigungen im Sinne eines "Durcheinanders", einer "Unordnung" handelt, die durch andere als chirurgische oder medikamentöse Interventionen möglicherweise wieder in Ordnung gebracht werden können.

Ungelöst und bis heute Diskussionsgegenstand ist das Problem, wie mit größtmöglicher Exaktheit ein auf schwerwiegende Dysfunktionen hindeutendes "gestörtes" Erleben und Verhalten von "normalem" bzw. bloß leicht "abweichendem" Erleben und Verhalten unterschieden werden könne.

Im DSM wird das Problem durch die Aufzählung derjenigen Symptome gelöst, die mindestens vorhanden sein müssen, um eine bestimmte Störungsart zu diagnostizieren. Dennoch bleibt offen, wie der "Normalbereich" definiert ist (z.B. als statistische Norm anhand biologischer und/oder psychologischer Kriterien, als Produkt einer auf Zeit gültigen Übereinkunft unter Experten oder als nicht weiter zu diskutierende "Selbstverständlichkeit"), von dem das beobachtete Erleben und Verhalten abweichen muss, um als Störung qualifiziert werden zu können.

(Quelle: Psychologie)

Sucht – Suchtmittel

Sucht ist kein genau definierter Begriff und bedeutet im weitesten Sinne, dass eine betroffene Person scheinbar oder tatsächlich die Kontrolle über ein Verhalten verloren hat, wobei dieses Verhalten der Kompensation von Frustration dient. Gleichzeitig erzeugt dieses Verhalten aber auch frustrierende Konsequenzen, so dass als Folge des Suchtverhaltens das Bedürfnis, es auszuüben, größer wird. In diesem Sinn wird der Begriff häufig nicht auf die Einnahme von chemischen Mitteln beschränkt, sondern auch auf andere Verhaltensweisen, wie z.B. Sex, Fernsehen oder Arbeit bezogen.

Im engeren Sinne bezieht sich der Begriff auf den Kontrollverlust in Bezug auf den Konsum von chemischen Substanzen. Hier unterscheidet man zwischen Missbrauch und Abhängigkeit. Missbrauch beinhaltet den regelmäßigen Gebrauch einer Substanz, die entweder illegal ist oder die zum Verlust sozialer und/oder beruflicher Leistungen führt. Eine Gewohnheitsbildung kann vorliegen, d.h.: die Person ist für emotionales Wohlbefinden auf den Konsum dieser Substanz angewiesen. Abhängigkeit bedeutet dagegen, dass Toleranz - die Notwendigkeit zur Steigerung der Dosis, um den erwünschten Effekt zu erzielen - oder Entzugssymptome auftreten - d.h.: bei Nichtkonsum oder geringer Dosis treten zum Teil sehr unangenehme oder sogar lebensbedrohliche Symptome auf.

Behandlung von Suchtstörungen:

Die Behandlung von Suchtstörungen lässt sich grob in 4 Phasen einteilen:

1. Motivation
2. Entzug
3. Psychotherapeutische Behandlung (in der Regel stationär)
4. Nachsorge (in der Regel langfristig)

Wenn irgend möglich, sollte bei der Behandlung von Suchtstörungen nicht nur der betroffene Suchtkranke berücksichtigt werden, sondern auch das soziale System, in dem die Suchtstörung sich entwickeln konnte und möglicherweise gefördert wurde. Das beinhaltet unter Umständen Familie, Arbeitskollegen oder Freundeskreise.

Motivation:

In der Motivationsphase gilt es zuerst, den Betroffenen davon zu überzeugen bzw. ihn zu der Einsicht zu bringen, dass er Hilfe braucht, dass die Probleme, die er im Leben hat, nicht die Ursache seiner Sucht sind, sondern die Wirkung. Es gehört zu den Symptomen einer Suchtstörung, dass der Betroffene die eigene Abhängigkeit verleugnet, d.h. vor sich selbst und vor anderen nicht wahrhaben möchte, dass er bzw. sie abhängig ist von einer chemischen Substanz. Mit dieser Verleugnung ist verbunden, dass der Betroffene ablehnend oder aggressiv reagiert, wenn die Abhängigkeit von anderen thematisiert wird. Im Familiensystem wird dadurch die Sucht zu einem Tabu. Ehepartner machen z.B. die Erfahrung, dass der Betroffene sein Suchtverhalten stärker ausübt, wenn sie ihn damit konfrontieren. Um das Suchtverhalten möglichst gering zu halten und um unnötige Spannungen zu vermeiden, teilen Angehörige oft die Illusion des

Betroffenen, er oder sie sei gar nicht wirklich abhängig. So sind es meistens die Konsequenzen des Suchtverhaltens, die zu immer schwerwiegenden Störungen im sozialen und beruflichen Bereich führen. In der Regel sind es häufig die Angehörigen, die zuerst eine Behandlung suchen. Wenn Angehörige ihre häufig unangemessenen Helferefunktionen nicht mehr wahrnehmen, steigt der Leidensdruck beim Betroffenen, was die Chance erhöht, dass er oder sie sich selbst als suchtkrank wahrnimmt und dazu steht.

Ein therapeutisches Vorgehen ist in der Regel also nur sinnvoll, wenn der Betroffene selbst Hilfe sucht und nicht mehr oder weniger widerwillig durch äußere Umstände gezwungen wird, eine Behandlung zu unternehmen.

Entzug:

Bevor eine eigentliche psychotherapeutische Arbeit beginnen kann, muss der Betroffene abstinent leben. Da der Betroffene gelernt hat, schmerzhaft und unangenehme Emotionen mit einem Suchtmittel zu betäuben, ist psychotherapeutische Arbeit ohne Abstinenz kontraproduktiv. Zwischen dem Entzug und der stationären psychotherapeutischen Behandlung liegt üblicherweise eine Wartezeit. Diese begründet sich aus der Erfahrung, dass eine erfolgreiche Probezeit für abstinentes Leben die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Psychotherapie deutlich erhöht. In dieser Zwischenzeit spielen Selbsthilfegruppen und ambulante Beratungseinrichtungen eine besonders wichtige Rolle.

Psychotherapeutische Behandlung:

Das Aufarbeiten der Hintergründe einer Sucht geschieht in der Regel stationär. Übliche Behandlungszeiten sind zwischen 4 und 6 Monaten. Ziel dieser Therapie sind nicht nur, den Betroffenen in seiner Abstinenz zu bestärken, sondern seelische Defizite, z.B. in der Beziehungsfähigkeit, im Selbstwertgefühl usw. zu bearbeiten.

Nachsorge:

Nach Abschluss einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung ist in der Regel eine längerfristige, d.h. mehrere Jahre dauernde, möglicherweise lebenslange Begleitung der Betroffenen in Suchthilfeeinrichtungen oder Selbsthilfegruppen notwendig. Am Anfang steht dabei im Vordergrund, dass der Betroffene lernt, normale soziale Kontakte und Freundschaften zu entwickeln, die suchtmittelfrei gestaltet werden können. Im weiteren Verlauf der Nachsorge vollzieht sich sinnvollerweise ein Wandel: Der Betroffene ist nicht nur Empfänger von Hilfeleistungen, sondern wird zunehmend auch selbst zum Helfer. Es besteht unter Suchttherapeuten und behandelnden Ärzten ein allgemeiner Konsens darüber, dass Suchtstörungen nicht reversibel sind. Ein normales Leben ist also für Suchtkranke nur möglich, wenn sie lebenslang abstinent bleiben.

(Quelle: Psychologie)

Systemtherapie

Im Griechischen bedeutet *synistemi* „das Zusammengesetzte“ oder „Gebilde“. Aristoteles hat den Systembegriff auf den Menschen angewandt. Nach ihm ist ein System ein Gebilde, dessen einzelne Teile durch eine bestimmte Ordnung des Zusammengesetztseins ein Ganzes bilden (z.B. Familie, Gemeinde, Jugendkreis, Verein etc.).

Unter „Systemtherapie“ verstehen wir eine Methode, die den Menschen und seine Umgebung als ein Gebilde auffasst. Aus dieser Perspektive will sie die Funktion von Störungen begreifen (beispielsweise führt Alkoholismus des Vater zu einem hohen Grad an Zusammenhalt in der Familie), therapeutische Ziele formulieren und entsprechende Systemveränderungen herbeiführen.

Als Begründer der allgemeinen Systemtheorie wird v. Bertalanffy angesehen, der „System“ allgemein als „einen Komplex interagierender Elemente“ definiert. Dieser wissenschaftsübergreifende Systembegriff hat inhaltlich unterschiedliche Konkretisierungen erfahren, z.B. in der Biologie, Sozialwissenschaft oder der Psychologie.

Bedeutsame Aspekte der Systemtherapie:

Hier sollen anhand beispielhafter Verdeutlichungen aus dem Bereich der Familiensystemtheorie und Familientherapie wesentliche Aspekte der Systemtherapie aufgezeigt werden:

- Ganzheitlichkeit:

Die Familie wird als Einheit betrachtet, in der die einzelnen Mitglieder durch Kommunikation miteinander „vernetzt“ sind. Ein persönliches Problem (z.B. das Bettnässen eines Kindes) wird somit nicht mehr ausschließlich als ein individuelles, sondern auch als ein systemisches, d.h. in den Familienbeziehungen begründetes Problem gesehen.

- Zielorientierung:

Familien richten ihr Leben nach mehr oder minder bekannten Zielen aus, die dem Zusammenleben in der Familie Sinn und Kontinuität geben sollen. Solche Ziele können je nach Lebens- und Familienphase inhaltlich eine unterschiedliche Ausgestaltung haben, z.B. Karriereorientierung oder Kindererziehung.

- Regelmäßigkeit:

Die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern lassen auf Dauer eine Regelmäßigkeit erkennen. Diese werden teils bewusst als Familienrituale gepflegt (z.B. Einhaltung gemeinsamer Essenszeiten), teils steuern sie unausgesprochen das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder (z.B. welche Tante nicht zum Geburtstag eingeladen wird; wer wann das Badezimmer benutzen darf).

- **Zirkuläre Kausalität:**

Hiermit ist der wechselseitige Beeinflussungsprozess zweier oder mehrerer Personen gemeint. Ursache und Wirkung lassen sich damit nicht mehr voneinander trennen; z.B. wirft ein Mann seiner Frau vor, dass sie zu viel spreche und er deswegen schweige. Seine Frau hingegen argumentiert, dass sie wegen seiner Schweigsamkeit häufiger das Wort ergreifen müsse. Im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses steht somit nicht eine einseitig gerichtete, von einer einzelnen Person ausgehende Verhaltensweise, sondern das Kommunikationsmuster selbst.

- **Rückkopplung:**

Verhalten eines Familienmitgliedes A löst bestimmte Effekte bei den übrigen Familienmitgliedern aus. Deren Reaktionen wirken ihrerseits wieder auf das Verhalten von A zurück. Grundsätzlich wird zwischen einer positiven und einer negativen Rückkopplung unterschieden. Positive Rückkopplung tritt z.B. dann auf, wenn ein Streitgespräch zwischen 2 Partnern eskaliert: auf eine Kritik folgt ein Anklagen, darauf ein Schimpfen, darauf ein Anbrüllen etc. Negative Rückkopplung zielt auf die Rückkehr zu einer Ausgangslage ab, die vor dem Eintreten der „Störung“ bestand, so etwa, wenn eine Mutter ihr schreiendes Kind beruhigt.

- **Homöostase:**

Mit Homöostase ist die Aufrechterhaltung und das Ausbalancieren des in einer Familie wirkenden Kräftegleichgewichts gemeint. Homöostase wird gewöhnlich durch negative Rückkoppelungsprozesse hergestellt, indem sich die Familie an akzeptierten Zielen, Regeln und Handlungsabläufen orientiert. Familien mit starren Regeln versuchen – auch unter veränderten inneren und äußeren Bedingungen – ihre bisherige Lebensform zu bewahren. Dies ist etwa der Fall, wenn die Eltern von einem Jugendlichen – also ob er ein 10-jähriger sei – verlangen, abends spätestens um 7 Uhr zu Hause zu sein. Familien mit flexiblen Regeln gelingt es, ihr Zusammenleben in Abhängigkeit zu den inneren und äußeren Änderungen abzustimmen. Für das Beispiel des Jugendlichen könnte dies heißen, dass eine neue Zeit ausgehandelt wird.

- **Grenzen:**

Ein wesentliches Merkmal sozialer Systeme ist, dass sie sich gegenüber anderen Systemen mehr oder minder abgrenzen. So ist eine Familie als ein System zu sehen, das selbst in ein oder mehrere Suprasysteme (z.B. Verwandtschaft, Nachbarschaft) eingebettet ist. Innerhalb der Familie existieren Subsysteme, die entweder aus einzelnen Personen oder aus Zusammenschlüssen von 2 oder mehr Personen einer Familie bestehen (z.B. Eltern- oder Geschwistersubsystem oder Vater-Sohn-Subsystem).

Eine eigenständige Methodik hat die Systemtherapie kaum entwickelt. Sie setzt in der Therapie den integralen Einsatz verschiedener Interventionsmethoden voraus mit dem Ziel, z.B. auf störungserhaltende Systemaspekte einzuwirken bzw. entwicklungsfördernde Systemaspekte zu aktivieren.

Obwohl dem System in letzter Zeit enorme Bedeutung beigemessen wurde, ist der Begriff nicht neu. Wir finden ihn in der Bibel beispielsweise im Bild vom Menschen als (systemischer) Ganzheit von Leib, Seele und Geist oder der Gemeinde, die Paulus als einen Körper beschreibt, dessen einzelne Glieder in einem untrennbaren sinnorientierten Zusammenhang stehen.