

Was ist VERHALTENS- THERAPIE?

Benjamin
Ließmann



Ein unterhaltsames Erklärbuch für Umherirrende
im Psychotherapie-Dschungel

LESEPROBE

Aversionstherapie

im Buch Seite 40-46

Kognitive Umstrukturierung

im Buch Seite 91-99

Therapeuten à la carte

Im Buch Seite 140-145

Avers onstherapie

Mit den bisher beschriebenen Methoden wurde das therapeutische Ziel verfolgt, Angst und Vermeidungsverhalten abzubauen. Prinzipiell könnte man die Methode aber auch genau andersherum anwenden, um das Gegenteil zu erreichen. Bei welchen Problemen aber könnte eine Vergrößerung von Vermeidung hilfreich sein?

Überlegen Sie mal kurz, ob Sie nicht auch selbst gerne irgendetwas konsequent vermeiden würden. Vielleicht deswegen, weil dieses Etwas für Ihr Leben schädlich ist, Sie es aber dennoch nicht lassen können. Haben Sie etwas gefunden?

In der Frühphase der Verhaltenstherapie entstand aus solchen Überlegungen die sogenannte Aversionstherapie. Ziel dieser Behandlung war der Aufbau eines Widerwillens, also einer „Aversion“. Die hauptsächliche Zielgruppe: Alkoholiker, Raucher, Drogensüchtige, und ... Nägelkauer.

Die Logik dabei ist recht simpel: wenn es jemandem im Anschluss an das Trinken von Alkohol, dem Rauchen einer Zigarette, oder dem Knabbern am Finger so richtig mies geht, dann sollte theoretisch ein Prozess klassischer Konditionierung stattfinden, und eine Aversion entstehen.

Dass so etwas funktioniert, zeigt die Forschung. Psychologiestudenten lernen oft schon im ersten Semester ein klassisches Experiment aus den 50er-Jahren kennen. Es stammt vom US-amerikanischen Psychologen John Garcia. In diesem Experiment bekamen Ratten mit Saccharin gesüßtes Wasser zu trinken. Währenddessen wurden sie Röntgenstrahlen ausgesetzt, was bei den Nagern Übelkeit und Erbrechen auslöste. Der Effekt: fortan mieden die Ratten konsequent das süße Wasser.¹

¹ Garcia J., Kimeldorf D.J., Koelling R.A. „Conditioned Aversion to Saccharin Resulting from Exposure to Gamma Radiation“ in: *Science* 122 (1955)



„Was haben die uns
ins Wasser getan?“

Ein Trugschluss

Foto: Alexey Krasavin

Das Experiment legt einige Schlussfolgerungen nah. Zum einen, dass eine Nahrungsmittel-Aversion blitzschnell entstehen kann. Nach nur einmaliger Erfahrung der Strahlungs-Symptome hatten die Ratten bereits genug, und rührten das „verdächtige“ süße Wasser auch Wochen später kaum noch an. Psychologen nennen so etwas „one-trial-learning“. Weiterhin spielte es keine Rolle, dass nicht das Wasser selbst die Übelkeit verursachte, sondern die Röntgenstrahlung. Da Ratten sich mit Strahlungsphysik nicht auskennen, ist dieser Irrtum nachvollziehbar. Das erstaunlich ist aber, dass selbst das Wissen über solche falschen Zusammenhänge die Entstehung einer Nahrungsmittel-Aversion nicht zwingend verhindert. Der Psychologe Martin Seligman gab diesem Phänomen den Namen „Sauce Bernaise-Syndrom“, basierend auf einer persönlichen leidvollen Erfahrung. Nach Verzehr eines Filet Mignon mit Bernaise-Besoßung hing er – so der Selbstbericht - in der folgenden Nacht kotzend über der Kloschüssel. Obwohl er von einem grassierenden Magen-Darm-Virus an seiner Arbeitsstelle gewusst, und eine Infektion als Ursache der Übelkeit akzeptiert habe, sei die Aversion gegenüber Sauce Bernaise dauerhaft geblieben.

Gut beobachten kann man diesen Effekt auch bei Menschen, die mal eine Fischvergiftung hatten. Viele essen anschließend für sehr lange Zeit überhaupt nichts fischiges mehr. Im Extremfall bleibt die Aversion das ganze Leben lang bestehen. Merkwürdigerweise scheint das Phänomen

aber nicht bei allen Nahrungsmitteln gleichermaßen aufzutreten. Nach durchzechten Nächten mit ausgiebiger Kotz-Folge hat man am nächsten Morgen schon so manches Häufchen Elend gehört, das seinen Alkohol-Verzicht für die Dauer des gesamten Restlebens ankündigte. Kurze Zeit später sitzen die meisten allerdings wieder mit einem Glas Riesling oder einem kühlen Weizenbier fröhlich im Biergarten.

Eine Aversionstherapie bei Alkoholismus besteht in der Regel darin, Alkohol zusammen mit einem „Alkoholaversivum“ einzunehmen. Häufig wird hier der Arzneistoff „Disulfiram“ eingesetzt, auch bekannt unter dem Handelsnamen „Antabus“. Dieses Medikament ist bereits seit 1942 erhältlich und hemmt den Abbau von Alkohol im Körper, wodurch sich nach dem Trinken von etwas alkoholischem schnell heftige körperliche Reaktionen bemerkbar machen: Übelkeit, Schmerzen, Herzrasen, Atemnot, usw. Je mehr Alkohol getrunken wird, desto heftiger werden die Symptome. Disulfiram gibt es sogar als Implantat, welches den Stoff ein ganzes Jahr lang an den Körper abgibt, und so die Wirkung dauerhaft aufrechterhält. Wenn man es genau nimmt, dann ist so eine Behandlung gar keine „Aversionstherapie“ im eigentlichen Sinn. Denn die würde ja darin bestehen, dass Sie durch Trinken von Alkohol und Erleben der dadurch ausgelösten Antabus-Symptome klassisch konditioniert werden, und eine Aversion gegen Geschmack, Geruch und den bloßen Gedanken an Alkohol entwickeln. Eine Behandlung mit Disulfiram kann man sich eher so vorstellen, dass Ihnen das Medikament eine Pistole an die Schläfe drückt und sagt: „Probier's gar nicht erst!“.

Wie Aversionstherapie bei Rauchern aussehen kann, zeigen Alltags-Anekdoten, die man manchmal zu hören bekommt. Da erzählen Leute, wie Sie als Jugendliche vom Vater beim Rauchen ihrer ersten Zigarette erwischt wurden. Anstatt, dass dieser nun schimpft und alle übrigen Zigaretten entsorgt, reicht er dem kleinen Sünder aus der Schachtel gleich die nächste und wartet ab, bis auch diese aufgeraucht wurde. Es folgt direkt die nächste und übernächste, die ebenfalls - oft unter Tränen und Übelkeit - auf Drängen des Vaters geraucht werden müssen. Am Ende dieser Geschichten wird dann üblicherweise weltmeisterlich gekotzt. Variation gibt es dahingehend, wie viele Zigaretten zu diesem Zeitpunkt noch in der Schachtel waren.

In der verhaltenstherapeutischen Praxis wurden im Lauf der Zeit viele verschiedene Techniken unter Einsatz diverser Aversiv-Stimuli getestet. Wissenschaftliche Studien darüber stammen meist aus den 60er oder 70er-Jahren. Das Vorgehen aus der Anekdote eben nennt sich „rapid smoking“, und wurde tatsächlich in den meisten Fällen als Therapie in der Praxis eingesetzt - dort natürlich mit ausdrücklicher Zustimmung durch den Patienten. Eine typische Aufgabe: einmal alle 6 Sekunden an der Fluppe ziehen, bis es einem so richtig schlecht geht. Manchmal bestand die Aufgabe auch darin, den Rauch so lange wie möglich im Mund zu behalten, und sich auf den widerlichen Geschmack und sonstige Negativ-Empfindungen zu konzentrieren. Vereinzelt wurde auch Silberacetat eingesetzt, das in Verbindung mit Tabakrauch einen unangenehm metallischen Geschmack im Mund erzeugt.

Eine ganz andere Art von Aversiv-Reiz wird bei der sogenannten „verdeckten Konditionierung“ verwendet: die eigene Fantasie. Bei dieser Methode stellen Sie sich während des Zugs an der Zigarette etwas überwältigend Unangenehmes vor: z.B. die widerlichste Kotz-Szene, die überhaupt denkbar ist. Falls Ihre Vorstellungskraft das benötigte Ekel-Niveau nicht produzieren kann, gibt es Hilfsmittel: die verhaltenstherapeutische Literatur hat hier entsprechende Text-Vorlagen im Angebot, nach denen Ihnen für Stunden der Appetit vergeht. Je unerträglicher die Fantasieszene, desto erfolgreicher die verdeckte Konditionierung – zumindest in der Theorie. Und wenn Sie die Zigarette wegwerfen, ändert sich natürlich die Szene in Ihrer Vorstellung: sie betreten eine paradiesische Welt, voller Glück und frischem Atem.

Die Satire-Website „der Postillion“ veröffentlichte mal einen Artikel mit dem Titel „7 Maßnahmen, die Menschen noch effizienter vom Rauchen abhalten als Schockbilder“, und schlug darin vor, jeder Zigarettenschachtel eine Scherz-Zigarette hinzuzufügen, die beim Anzünden mit lautem Knall explodiert. Auch wenn es durchaus interessant wäre, ob sich der landesweite Tabakkonsum durch diese Maßnahme verringern ließe, gibt es derzeit keine Pläne für die Einführung.

Zur Durchführung von Aversionstherapie braucht es im Grunde nur 2 Dinge: die Entscheidung, welches Verhalten sich ändern soll, und einen

aversiven Reiz. Im Prinzip reicht ein starkes Gummiband am Handgelenk, mit dem Sie sich im passenden Moment einen schmerzhaften Schnalzer auf die Haut verpassen können. Wem das zu primitiv ist, der findet im Handel auch umschnallbare Elektroschocker, die für den gleichen Zweck konstruiert wurden. Das Gerät mit dem passenden Namen „Pavlok“ z.B. schockt Sie ganz modern per Smartphone-App. Den Auslöser betätigen müssen Sie jedoch selbst - oder aber Sie überlassen die Schmerz-Applikation einer vertrauenswürdigen Person.

Das selbstständige Zufügen von Schmerz-Reizen hat natürlich einen offensichtlichen Haken: es bedarf einer übermenschlichen Motivation, sich über einen langen Zeitraum absichtlich Unwohlsein zuzufügen. Man kann sich das kleine Teufelchen auf der Schulter bildlich vorstellen, wie es ins Ohr flüstert: „Ach komm, jetzt mach mal Pause! Der Tag war hart genug! Schock Dich morgen wieder weiter, aber nicht jetzt!“ Die Möglichkeit zum Selbstbetrug ist bei der do-it-yourself-Aversionstherapie ein nicht zu unterschätzender Knackpunkt.

Beim Nägelkauen wurden neben Elektroschocks auch bitter schmeckende Substanzen eingesetzt, mit denen die Finger bestrichen wurden. Eine Flüssigkeit namens „Thum“, welche unter anderem Azeton enthält, landete bereits 1976 auf den Fingern hartnäckiger Knabberer. Die Methode war kein großer Erfolg - oft wurde weitergekaut, weil viele sich an den ekligen Geschmack gewöhnten. Oder aber, weil die Leute einfach irgendwann aufhörten, sich die Ekel-Lackierung täglich auf die Nägel zu machen.

1972 war Aversionstherapie so aktuell, dass sogar Stanley Kubrick das Thema in seinem Film-Klassiker „A Clockwerk Orange“ aufgriff. Der Protagonist Alex wird im Verlauf des Films einer Prozedur unterzogen, die dort „Ludovico-Technik“ heißt. Per Konditionierung soll auf diese Weise eine Abneigung gegen aggressives Verhalten entstehen, und Alex dadurch zu einem friedlichen Bürger gemacht werden. Die „Therapie“ findet hier allerdings ohne Einwilligung durch den Patienten statt. Die Prozedur besteht im Film darin, dass sich Alex gewalttätige Videos ansehen muss, während er unter dem Einfluss einer Droge steht, die starke Übelkeit verursacht. Die Therapie führt zum erwünschten

Ergebnis: nach der Behandlung bricht Alex schon beim Gedanken an Gewalt in sich zusammen. Es gibt allerdings auch eine unerwünschte Nebenwirkung: da die Ärzte während der Konditionierung Musik von Beethoven abspielen, wird diese ebenfalls zum Gegenstand der Aversion. Als nun konditionierter Stimulus lösen auch die Klänge fortan Übelkeit und Schmerzen aus. Im Film eine echte Tragödie, denn Alex vergöttert Beethoven.

Sie fragen sich sicher jetzt, ob so etwas wie in „A Clockwork Orange“ auch in der Realität zur Anwendung kam. In den 50er und 60er-Jahren wurden zumindest Versuche unternommen, Menschen mit Aversionstherapie zu „heilen“, deren sexuelle Orientierung als psychische Erkrankung galt. Bei Homosexualität bestand die Prozedur z.B. darin, dass ein Elektroschocker genau an derjenigen Stelle des Körpers angebracht wurde, wo sie es jetzt richtig vermuten. Als Reize wurden attraktive Männer gezeigt. Wehe, wenn Ihnen einer davon gefiel: der „penile Plethysmograph“ – umgangssprachlich könnte man auch von einem „Eregometer“ sprechen – registrierte entsprechende Anschwellungen, wodurch unmittelbar ein elektrischer Schock ausgelöst wurde. Dass schwule Männer die Konditionierungseinrichtung anschließend heterosexuell verließen, darf bezweifelt werden.

Aversionstherapie spielt in der gegenwärtigen Verhaltenstherapie nur noch eine sehr geringe Rolle. Sie werden bei der Sichtung von Homepages niedergelassener Psychotherapeuten nur schwer jemanden finden, der diese Form der Therapie anbietet. Auf Suchtstationen oder in Ambulanzen psychiatrischer Kliniken sieht das anders aus - hier stoßen Sie hin und wieder auf Angebote für Alkohol-Aversionstherapie mit Disulfiram.

Ist Aversionstherapie nun eine gute Methode zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit? Eine Antwort auf solche Fragen geben die „S3-Leitlinien“, das sind die offiziellen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften AWMF. Die Leitlinien empfehlen Aversionstherapie mit Disulfiram bei Alkoholabhängigkeit nur als allerletzte Option. Wenn jede sonstige Therapie versagt hat, dann könne man es mal versuchen. Grund für diese eher

negative Bewertung ist einerseits, dass die in Studien geprüfte Evidenz für die Wirksamkeit als „sehr schwach“ bewertet wird.¹ Weiterhin ist das Medikament seit 2013 in Deutschland nicht mehr zugelassen, und kann nur noch aus dem Ausland bezogen werden. Daraus ergeben sich Nachteile, wie eine fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

Zur Anwendung von Aversionstherapie bei Nikotinabhängigkeit lautet das Urteil der S3-Leitlinien folgendermaßen:

„Die Studien zur Wirksamkeit von Aversionstherapien als Monotherapie sind veraltet, die Wirksamkeit ist fraglich, es bestehen potentielle Risiken. Aversionstherapien sollten nicht angeboten werden.“²

Die letzte Studie zur Wirksamkeit war bei der Erstellung der Leitlinie schon fast 10 Jahre alt und stammte aus dem Jahr 2006. In dieser Studie war der Einsatz des Verfahrens erfolglos. Das bedeutet: die Raucher haben trotz allem letztlich weitergequalmt.

Eines der grundsätzlichen Probleme von Aversionstherapie ist es, dass der aversive Reiz unter Umständen lebenslang mit dem unerwünschten Verhalten gekoppelt bleiben muss. Ansonsten ist es nicht allzu unwahrscheinlich, dass der so mühsam gebändigte Tiger irgendwann wieder aus seinem Käfig ausbricht.

¹ S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf

² S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf

Kognitive Umstrukturierung



Was haben Kognitionen nun mit psychischen Erkrankungen zu tun?

Eine neue, wegweisende Idee über den Zusammenhang zwischen dem eigenen Denken und Depression wurde 1963 vom Psychiater und Psychoanalytiker Aaron T. Beck in der Zeitschrift „Archives of General Psychiatry“ veröffentlicht.¹ Sie lesen richtig: ein Psychoanalytiker führt die Verhaltenstherapie in ihre nächste Entwicklungsphase.

Der zentrale Gedanke seiner Theorie ist, dass bei Depression eine Denkstörung besteht. Durch diese Denkstörung interpretiert der Mensch die Geschehnisse um sich herum auf verzernte Art und Weise - ganz automatisch, und ohne, dass er dies bemerkt. In seiner persönlichen Konstruktion der Wirklichkeit ist er dann ein ständiger Versager, sein Umfeld scheint nur aus feindseligen Menschen zu bestehen, und die subjektive Zukunftsprognose: eine endlose Kette an Frustrationen. Beck nannte das die „kognitive Triade der Depression“.

Kennen Sie die „Peanuts“ von Charles M. Schulz? Diese Cartoons sind eine wahre Fundgrube an Beispielen Beck'scher Denkverzerrungen. In einer der Geschichten sieht man z.B. Charlie Brown, der sich hinter einem Baum versteckt, und 2 Mädchen beobachtet. Er sieht, wie diese sich unterhalten, steht aber zu weit weg, um das Gespräch zu hören. Sein Kopf beginnt zu rattern: „Ich wette, diese Mädchen reden über mich. Was sie wohl über mich sagen?“ Auf dem Nachhauseweg geht die Grübelei weiter: „Mann! Ich hab mich so gut gefühlt. Jetzt bin ich ganz deprimiert.“ Zum Schluss das Finale des Gedankengangs: „Warum muss mir immer jemand den Tag verderben?!“

¹ Beck, A. T. „Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions.“ in: *Archives of General Psychiatry* 9(4) (1963)

Wie könnte man das beschreiben, was Charlie Brown hier macht? Vielleicht so: er hört nicht, was die Mädchen reden, hat aber dennoch keine Zweifel, dass es um ihn geht. Weiterhin geht er automatisch davon aus, in diesem Gespräch eine eher negative Rolle zu spielen. Sein Denken spiegelt seine Erwartungen wider, nicht unbedingt die Realität. Er steigert sich in seine Grübeleien hinein, und bemerkt nicht, dass es sein eigenes Denken ist, das ihm gerade den Tag verdirbt. Bei Beck hieße so etwas übrigens „willkürliches Schlussfolgern“ oder „Gedankenlesen“.

Beck beobachtete über viele Jahre das Denken seiner depressiven Patienten, und kategorisierte typische Denkfehler:

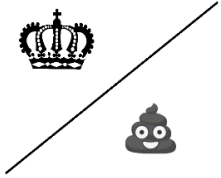
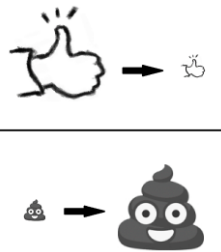

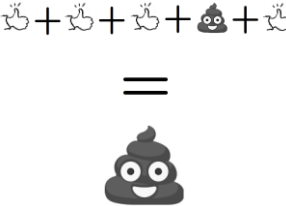


Da gibt es z.B. „Abwertung des Positiven“. Das ist, wenn Sie sich beweisen wollen, was Sie doch für ein Versager sind. Der Trick: Sie konzentrieren sich nur auf die Dinge, die nicht gut laufen. Das, was Sie in Ihrem Leben gut hingekriegt haben, ist natürlich völlig unbedeutend und zählt nicht. Das hätte ja jeder geschafft. Da hatten Sie nur Glück. Wenn Sie alles richtig gemacht haben, dann fühlen Sie sich gleich ein bisschen wertloser.

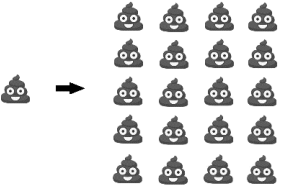


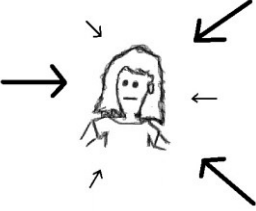
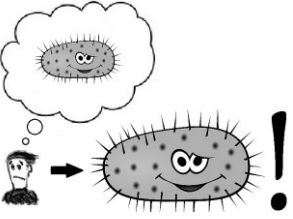
Der Trick bei „Personalisierung“ ist es, die Ursache von Ereignissen immer alleine bei sich selbst zu sehen. Natürlich nur bei den negativen. Dass Ihr Chef unfreundlich zu Ihnen ist, ist natürlich ganz alleine Ihre Schuld. Z.B., weil Sie ihn durch Ihre Minderwertigkeit dazu provozieren, und er dann gar nicht anders kann. Dass Ihr Chef zu jedem anderen im Betrieb ebenfalls unfreundlich ist, und als mieser Choleriker gilt, müssen Sie natürlich verdrängen, wenn Sie sich mit „Personalisierung“ ein wenig quälen wollen.

Sie haben Ihre eigenen Denkfehler noch nicht entdeckt? Dann schauen Sie doch mal auf den folgenden Seiten, was es da sonst noch alles gibt.

Kognitive Fehler

nach BECK

<h2>Schwarzweiß-Denken</h2> <p>Dinge werden in eine von 2 gegenteiligen Kategorien eingeteilt, z.B. „voller Erfolg“ vs. „völliges Versagen“, „echter Kerl“ vs. „Schwächling“, usw.</p>	
<h2>Abwertung des Positiven</h2> <p>Eigene Erfolge werden nicht gezählt, sondern als Selbstverständlichkeiten abgewertet. Die Dinge, die nicht gut laufen, zählen dafür doppelt und dreifach als Beweis der eigenen Unzulänglichkeit.</p>	
<h2>Mentales Filtern</h2> <p>Ein einzelnes Detail wird mit besonderer Aufmerksamkeit beachtet. Anderes wird ausgeblendet. Trotz großem Applaus:</p> <p> „Während meines Vortrags sind 2 Personen gegangen. Mein Vortrag war also stinklangweilig.“</p>	
<h2>Katastrophisierung</h2> <p>Deutliche Überschätzung der Folgen eines Ereignisses.</p> <p> „Wenn jemand meine Ängste bemerkt, werde ich in die Psychiatrie zwangseingewiesen. Ich werde das Sorgerecht für meine Kinder verlieren.“</p>	

<h2 style="text-align: center;">Übergeneralisierung</h2> <p>Aus einem einzelnen Ereignis werden unzulässige Schlussfolgerungen gezogen. Ein Flirtversuch ist gescheitert ➡</p> <p>☁ „Ich werde niemals eine Frau finden.“</p>	
<h2 style="text-align: center;">Willkürliches Schlussfolgern</h2> <p>Fixierung auf eine ganz bestimmte Interpretation eines Geschehens, ohne Alternativen zu bedenken. Partner möchte keinen Sex ➡</p> <p>☁ „Er eckelt sich vor mir, und ist nur noch aus Mitleid mit mir zusammen.“</p>	<p>1 + 1 = </p>
<h2 style="text-align: center;">Etikettierung</h2> <p>Selbstzuweisung stark verallgemeinernder Begriffe. Prüfung nicht bestanden ➡</p> <p>☁ „Ich bin ein Versager.“</p>	
<h2 style="text-align: center;">Personalisierung</h2> <p>Die Ursache für Ereignisse wird alleinig in der eigenen Person gesehen. Andere Einflüsse werden ausgeblendet. Chef ist unfreundlich ➡</p> <p>☁ „Ich provoziere ihn dazu.“</p>	
<h2 style="text-align: center;">Emotionale Beweisführung</h2> <p>Die eigenen Gefühle werden als Beweis für die Richtigkeit einer Annahme gesehen.</p> <p>☁ „Ich habe Angst, also bin ich objektiv in Gefahr.“</p>	

Eine ähnliche Idee, wie man depressive Gedanken klassifizieren könnte, kam vom Psychologen Martin Seligman. Vielleicht erinnern Sie sich noch an ihn – wir haben seine erlernte Abneigung gegen Sauce Bernaise bereits im Kapitel zu Aversionstherapie kennengelernt. Bei Seligmans Überlegungen geht es um die Frage, worin Menschen die Ursache für negative Ereignisse sehen. Der psychologische Fachbegriff hierfür lautet „Attribution“.

Eine Attribution kann sein: internal oder external, stabil oder variabel, global oder spezifisch.

➔ INTERNAL oder EXTERNAL ➔

Internal bedeutet, die Ursache eines negativen Ereignisses in der eigenen Person zu sehen.

Z.B., dass es Ihre eigene Schuld ist, dass Ihre hübsche Nachbarin nach dem ersten Date die Facebook-Freundschaft beendet hat, und auf Ihre WhatsApp-Nachrichten nicht mehr reagiert.

External bedeutet, die Ursache eines negativen Ereignisses in äußeren Umständen zu sehen.

Z.B., dass es am schlechten Charakter Ihrer Nachbarin liegt, dass diese nach dem ersten Date kein zweites mehr möchte. Was denkt die sich eigentlich, wer sie ist!?



STABIL

Stabil heißt, das Problem als zeitlich überdauernd und unbeeinflussbar anzunehmen.

Das wäre z.B. dann der Fall, wenn Sie annehmen, grundsätzlich nicht attraktiv genug für Ihre Nachbarin zu sein, und darum niemals eine Chance bei ihr gehabt zu haben. Attribution: internal – stabil.

oder

VARIABEL



Variabel heißt, die Ursache für ein negatives Ereignis in einem vorübergehenden Umstand zu sehen.

Was haben Sie sich auch dabei gedacht, beim Date mit der Nachbarin stundenlang über die chemische Beschaffenheit der Erdkruste zu referieren? Wenn Sie nun zu sich sagen: „OK, das

Oder, wenn Sie es sich so erklären, dass Ihre Nachbarin derart überhöhte Ansprüche hat, dass dem sowieso kein Mann auf dieser Welt entsprechen kann. Die Attribution wäre dann: external – stabil.

hab ich diesmal wirklich verbockt, aber bei der nächsten Verabredung mach ich es besser“, dann attribuieren sie die Ursache für den Date-Flop gerade als „variabel“.



GLOBAL

oder

SPEZIFISCH



Global heißt, das Problem als situationsübergreifend zu betrachten.

Spezifisch heißt, das Problem auf eine bestimmte Situation einzugrenzen.

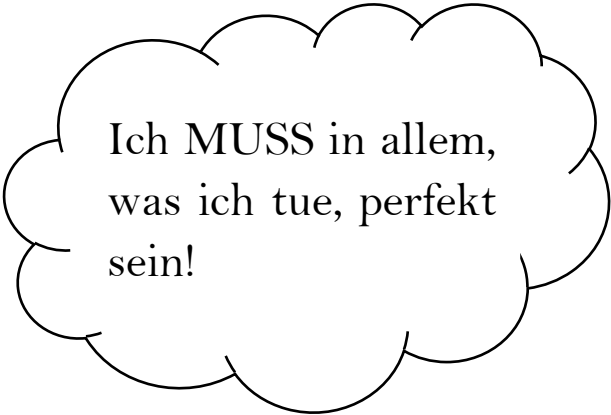
Sie machen das, indem Sie sich z.B. nicht mehr auf diese eine, konkrete Nachbarin beschränken. Denken Sie z.B.: „Ich bin zu unattraktiv für jede Frau auf dieser Welt“, dann ist das eine globale Attribution. Schieben Sie noch hinterher: „Das war schon immer so, und wird für immer so sein“ dann ist die Attribution global, stabil, und natürlich auch noch internal.

Wenn Sie es so sehen, dass Sie Pech hatten, und einfach an die falsche Frau geraten sind, dann attribuieren Sie spezifisch. Shit happens! Bei diesen Instagram-Mädels fällt Ihnen halt einfach oft kein passendes Gesprächsthema ein. Aber Sie wissen, dass es da draußen auch Frauen gibt, die Ihre Fachkenntnisse über die Erdkruste zu schätzen wissen.

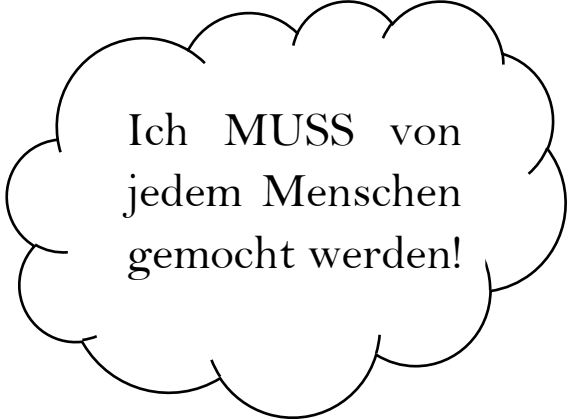
Wer es sich also zu eigen gemacht hat, die Unerfreulichkeiten des Lebens internal, stabil und global zu attribuieren, ist diesem Modell zufolge gefährdet, eine Depression zu entwickeln. Seligman bezeichnete so etwas als „erlernte Hilflosigkeit“. Damit ist so etwas wie der Eindruck gemeint, gar nichts dagegen tun zu können, vom Leben eine Ohrfeige nach der anderen zu kassieren. Ähnlichkeiten zu den Beck’schen Denkfehlern werden Ihnen vielleicht aufgefallen sein: was bei Seligman „internaler Attributionsstil“ heißt, ist bei Beck die „Personalisierung“. Und der „globale Attributionsstil“ ist vergleichbar mit der Beck’schen „Übergeneralisierung“.

Sie sind vermutlich bereits neugierig, wie denn jetzt eine kognitive Psychotherapie aussehen könnte. Wie kriegt man nur diese lästigen Denkfehler und unrealistischen Attributionen aus dem Kopf? Aber zuvor sollten Sie noch denjenigen Pionier der kognitiven Therapie kennenlernen, der als einer der einflussreichsten Psychotherapeuten des 20. Jhds. gilt: Albert Ellis. Sein Ansatz trug 1957 zunächst den Namen „Rationale Therapie“, später „Rational-Emotive Therapie“, und ist heute in finaler Version als „Rational-Emotive Verhaltenstherapie“ (REVT) bekannt.

Die REVT sieht die Ursache emotionalen Leidens vor allem in „dogmatischen Forderungen“ an sich selbst, andere Menschen, oder gar das Schicksal. Wie z.B.:



Ich MUSS in allem,
was ich tue, perfekt
sein!



Ich MUSS von
jedem Menschen
gemocht werden!

Ellis verwendete eine kuriose Bezeichnung für derartige Dogmen: „Musturbations“. Gemeint ist damit ein rigides, unflexibles Denken in der Form „I must ...“, „Others must ...“ oder „Things must be that way“. Sie können sich sicher denken, dass über diese Wortschöpfung bereits in unzähligen Psychologie-Hörsälen verschämt gekichert wurde.

Ein solches Forderungs-Denken ist natürlich nichts, wovon man auf einer Cocktailparty erzählt. Genau genommen ist das auch gar nicht möglich, weil Menschen sich üblicherweise nicht darüber bewusst sind, dass sie ihr Leben nach einem Dogma ausrichten. Man findet solche Grundhaltungen oft erst dadurch, indem man sich intensiv mit den eigenen Antrieben und Hemmungen befasst. Wenn Sie z.B. jemand sind, der nicht „nein sagen“ kann, dann können Sie sich ja mal die Frage stellen, warum Ihnen das so schwerfällt. Stellen Sie sich hierzu lebhaft eine Fantasie-Szene vor, in der Sie auf typische Weise um eine Sache gebeten werden, bei der Sie jetzt eigentlich gerne „nein“ sagen würden. Sagen Sie dem Bittsteller in ihrer Vorstellung nun ganz klar, dass Sie nicht einverstanden sind, der Bitte nachzukommen. Wenn Sie alles richtig gemacht haben, dann fühlen Sie sich nun ganz furchtbar schuldig, ängstlich oder sonstwie mies. Prima - jetzt sind sie in der richtigen Stimmung, um sich zu fragen, welche innere Haltung diese unangenehmen Gefühle auslöst, die sie durch ihr nachgebendes Verhalten immerzu vermeiden wollen. Glauben Sie, dass Sie hier nicht richtig gehandelt haben? Aus welchem Grund? Geben Sie sich evtl. selbst die Schuld daran, dass der Andere jetzt möglicherweise in eine schwierige Lage gerät. Oder denken Sie vielleicht, dass Sie grundsätzlich moralisch verpflichtet sind, jeglicher Bitte nachzukommen, auch wenn Ihnen die Erfüllung Probleme bereitet, oder die Bitte unangemessen ist? Oder befürchten Sie vielleicht eher, nun bei Ihrem Gegenüber an Sympathie eingebüßt zu haben, was für Sie eine unerträgliche Vorstellung ist? In einer REVT wird Fragen dieser Art nachgegangen. Das Ziel: Entwicklung einer inneren Haltung, mit der es sich besser leben lässt.

Die kognitiven Therapien von Aaron Beck und Albert Ellis sind sich recht ähnlich. Sie basieren ja auch auf der gleichen Idee: Menschen eignen sich im Laufe ihres Lebens eine ungünstige Art des Denkens an, was zu emotionalem Leiden führt. Helfen soll nun, Problemgedanken

erkennen zu lernen, und sich ein vernünftigeres und flexibleres Denken anzueignen. Das nennen Verhaltenstherapeuten „Kognitive Umstrukturierung“ - womöglich nicht die gelungenste Wortkreation in der Geschichte der Verhaltenstherapie.

Der kognitive Therapeut ist für seinen Klienten oft so etwas wie der persönliche wissenschaftliche Assistent. Mit prüfendem Blick nimmt man gemeinsam das dysfunktionale Denken unter die Lupe - wie eine höchst faszinierende, exotische Insektenart.



Zu Besuch beim Verhaltenstherapeuten

Therapeuten à la carte

Machen wir nun einen Sprung in die Gegenwart und betreten eine verhaltenstherapeutische Praxis im Jahr 2019.

Die schlechte Nachricht vorneweg: es gibt keine Couch. Und wenn doch, dann sitzen Sie nur darauf, aber begeben sich nicht in eine Liegeposition. Hundert Jahre Hollywood haben das Bild des liegenden Patienten, der dem hinter ihm sitzenden Psychotherapeuten sein Innenleben offenbart, ins kollektive Gedächtnis eingebrannt. Diese Szene zeigt allerdings das klassische Behandlungs-Setting der Psychoanalyse, nicht aber der Verhaltenstherapie. Hier sitzen Sie üblicherweise auf einem Stuhl, dessen Sitzkomfort sich von Praxis zu Praxis immens unterscheiden kann. Sie können auf dem sündhaft teuren Ledersessel mit Massagefunktion landen, aber auch auf Hinternschmerz-Modell „Martin“ von IKEA. Eine selbst durchgeführte, nicht-repräsentative „Studie“, die aus der Sichtung hunderter Bilder von VT-Behandlungsräumen bestand, ermittelte folgendes Modell als Stuhl-Favoriten der Verhaltenstherapie:



Klassiker „POÄNG“ von Ikea. Die biegsame Konstruktion erlaubt beim Sitzen ein leichtes auf-und-ab-Wippen.

Auch die Verhaltenstherapeuten selbst sind so unterschiedlich wie ihr Mobiliar. Es gibt junge Therapeuten, die nach ihrem Psychologiestudium bereits im Alter von 25 Jahren in VT-Ausbildungsambulanzen oder Kliniken beschäftigt sind, wie auch alte Therapeuten, die weit nach dem Renteneintrittsalter noch eine Praxis betreiben. Es gibt eine große Zahl weiblicher Therapeuten, und eine weitaus kleinere Zahl männlicher Therapeuten. Da gibt es ...

... den Lehrer-Typ, der gerne am Flipchart steht, und Arbeitsblätter verteilt.

... den empathischen Zuhörer, der Sie verständnisvoll anlächelt, und selbst wenig redet.

... den „dritte-Welle“-Guru, der Ihnen Rosinen zum Erforschen anbietet.

... den „Tacheles“-Therapeuten, der humorvoll-provokativ den Spiegel vorhalten möchte, aber mitunter den Humor-Teil vergisst.

... den „Was wollen Sie eigentlich von mir?“-Therapeuten, der konkrete Anweisungen zur Therapiegestaltung begrüßt.

... den charismatischen Therapeuten, von dem alle Patienten begeistert sind, obwohl er keine erkennbaren Therapietechniken anwendet.

Und ... und ... und ...

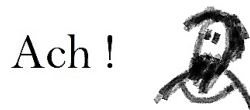
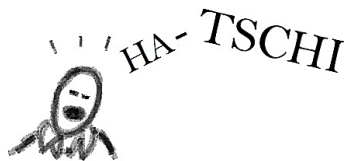


Der Lehrer

Zu Beginn der Sitzung werden die Hausaufgaben überprüft. Danach folgt ein kurzer Test, was Sie vom Kiesler-Modell der komplementären Reaktionstendenzen aus der letzten Sitzung noch erinnern können.

Wenn Sie zum ersten Mal eine verhaltenstherapeutische Praxis betreten, begrüßt Sie der Therapeut oft mit einem kurzen Smalltalk der Marke „Haben Sie gut hergefunden?“, bietet Ihnen eine Tasse Früchtetee an, oder lässt Sie erstmal einen Therapievertrag unterschreiben, in dem Sie sich zur Zahlung eines hohen Ausfallhonorars verpflichten, falls Sie einen geplatzten Termin nicht 24 oder 48 Stunden vorher abgesagt haben. Anschließend nehmen Sie Platz, und es beginnt das eigentliche Therapiesgespräch. Den Einstieg übernimmt hier meist der Therapeut, und fragt z.B.: „Was kann ich für Sie tun?“, „Was führt Sie zu mir?“ oder „Wie kann ich Ihnen helfen?“ Manche Therapeuten mögen übrigens die Frage „Wie kann ich Ihnen helfen?“ nicht besonders. Denn sie wissen zu dem Zeitpunkt ja noch gar nicht, ob sie wirklich helfen können.

Wenn Sie dann am Erzählen sind, werden Sie bei einem Verhaltenstherapeuten häufig das sogenannte „aktive Zuhören“ beobachten können. Dabei macht der Therapeut diejenigen Geräusche, mit denen er seinem Klienten signalisiert, dass er mit seiner Aufmerksamkeit ganz bei ihm ist. Die Palette reicht dabei von einem einfachen „M-hm!“ bis hin zu längeren Versionen wie „Ach, Du meine Güte!“ Bei männlichen Therapeuten ist es manchmal auch nur ein kurzer Grunzlaut.



Man mag nun glauben, dass jeder Mensch mühelos in der Lage sei, auch ohne Psychologiestudium oder psychotherapeutische Ausbildung „aktives Zuhören“ anzuwenden. Dennoch gehen verhaltenstherapeutische Ausbildungsinstitute hier oft auf Nummer sicher, und veranstalten

Kommunikations-Seminare zur Schulung dieser „Technik“. Stellen Sie sich hierzu bitte einen Haufen angehender Therapeuten Ende Zwanzig vor, die einander in Zweierpaaren gegenüber sitzen, und im gestellten Therapiegespräch Timing und Klangfarbe des persönlichen Zuhör-Geräuschs üben.

Die fortgeschrittene Variante des „aktiven Zuhörens“ besteht darin, das eben Gesagte in leicht veränderter Form noch einmal wiederzugeben. Dies wird auch als „Paraphrasierung“ oder „Reflektion“ bezeichnet. Die Simpel-Version davon ist sogar etwas für wenig Wortgewandte – hier wird ein Satz eins zu eins als Frage zurückgegeben.



„Ich kann mit dem Saufen nicht aufhören. Das ist mein Problem.“

„Ihr Problem ist also, dass Sie nicht mit dem Saufen aufhören können?“



Wenn Sie ein Gespräch auf diese Weise führen, wird es Ihrem Gegenüber allerdings schnell langweilig. Diese Technik können Sie wunderbar auf Partys anwenden, um unangenehme Gesprächspartner zu vergraulen – werden Sie einfach selbst einer.

Die schwierigere Version dieser Technik besteht darin, den Sinn eines Satzes beizubehalten, und daraus etwas Neues zu machen. Dies beweist Ihrem Gegenüber, dass Sie sich geistig mit dem Inhalt auseinandergesetzt haben.



„Ich kann mit dem Saufen nicht aufhören. Das ist mein Problem.“

„Dass Sie Ihren Alkoholkonsum nicht gut kontrollieren können, führt also zu gewissen Schwierigkeiten - verstehe ich Sie da richtig?“



Ein Psychotherapeut sollte hier allerdings ohne größere zeitliche Verzögerung reagieren können, damit der Gesprächsfluß nicht gestört wird. Die Experten-Version des „aktiven Zuhörens“ gibt zusätzlich eine Rückmeldung über die vermeintlichen Gefühle, Wünsche und Appelle, die man in einer Äußerung wahrzunehmen glaubt.



„Ich kann mit dem Saufen nicht aufhören. Das ist mein Problem.“

„Sie wünschen Sich mehr Kontrolle über Ihr Trinkverhalten. Es ist wichtig für Sie, dass dieses Problem endlich gelöst wird.“



Hier erreichen wir wieder den Gedanken vom Anfang des Kapitels: Verhaltenstherapeuten sind so unterschiedlich wie ihr Mobiliar. Vielleicht erhalten Sie auf die Äußerung: „Ich kann mit dem Saufen nicht aufhören. Das ist mein Problem.“ auch eine ganz andere Reaktion ...



„Und was erhoffen Sie sich da jetzt von mir?“



„Wissen Sie, was Achtsamkeit ist?“



„Sind Sie jetzt gerade betrunken?“



„Wie fühlt sich das für Sie an, mir davon zu erzählen?“



„Mr. Johnny Walker sitzt also bei Ihnen zu Hause mit auf der Couch ...“



„Sagen Sie es bitte ganz klar: ‚Ich habe ein Alkoholproblem!‘“

Eine einzelne Sitzung beim Verhaltenstherapeuten dauert üblicherweise exakt 50 Minuten. Da Patienten im Stundentakt erscheinen, bleiben dem Therapeuten also genau 10 Minuten Zeit für die schriftliche Anfertigung eines Stundenprotokolls, die Vorbereitung der nachfolgenden Sitzung, sowie einen kurzen Moment des entspannten Wippens im „POÄNG“-Sessel. Dies zur Erklärung, falls Sie mal einem Therapeuten begegnen, der Sie nach 49 Minuten und 59 Sekunden flehend anzublicken beginnt, dass Ihre Erzählung nun bitte zu einem Ende kommen möge. Übrigens gibt es in der Psychotherapiepraxis das mysteriöse Phänomen, dass in der allerletzten Therapieminute von Klienten oft noch überraschend ein Thema von gewaltigem Ausmaß angesprochen wird, das jeglichen Inhalt der vorangegangenen 49 Minuten weit in den Schatten stellt, und für dessen Besprechung nun keine Zeit mehr bleibt. Wenn Sie Lust haben, dann entwickeln Sie doch mal ein paar psychologische Theorien, woran das liegen könnte.