

2. MÖGLICHE BEHANDLUNGSFORMEN PSYCHISCHER KRANKHEITEN UND IHRE THEORETISCHEN GRUNDLAGEN

2.1. Allgemeine Bemerkung

Die bereits aufgezeigten Begriffe (Neurosen, Psychosen usw.) dienen als die Grundlage der jetzt zu diskutierenden Therapieformen. Sie wurden erörtert, um die notwendige Auseinandersetzung mit den verschiedenen Arten der Psychotherapien einzuleiten und die Problematik der in sie gesetzten Interpretationen zu erläutern.

Die spezielle Auseinandersetzung mit der Kognitiven Therapie und der Psychoanalyse aus der Vielzahl der Therapien geschieht deshalb, weil ich beide Formen für akzeptable Ansätze halte. Statt der Kognitiven Therapie könnte auch (noch dazu) die traditionelle Verhaltenstherapie bzw. eine andere abgewandelte Form der Psychoanalyse (Adler/Jung/Reich) diskutiert werden und ähnliche Kritiken geleistet werden. Dies würde aber die Arbeit zu stark expandieren lassen. Somit genügen die zwei Therapieansätze und decken sehr umfassend die Komplexität der menschlichen Psyche ab. Wegen der getroffenen Selektivität soll das aber keine Geringschätzung der anderen Therapieansätze bedeuten. Denn viele Wege können zur Heilung der Neurosen und Psychosen führen.

2.2. Die Kognitive Therapie

2.2.1. Theoretische Grundlagen

Die Entwicklung kognitiver Ansätze gewinnt heutzutage immer mehr Bedeutung in der verhaltenstherapeutischen Diskussion und Forschung. Mehrere Termini stehen für diesen Zweig der Psychotherapie wie z.B. Kognitive Verhaltensmodifikation, Kognitive Verhaltenstherapie. Wichtig hierbei ist im Unterschied zur traditionellen Verhaltenstherapie die Abkehr vom Reiz-Reaktionsschematismus des Behaviorismus, der das Verhalten als beobachtbare und meßbare Reaktion des Organismus auffaßt. Dagegen versucht die Kognitive Verhaltenstherapie das Denken und Fühlen eines Menschen mit einzubeziehen.

2.2.2. Kognitiv und Kognitionen

Sie werden zunächst als deskriptiver Terminus zur Bezeichnung einer bestimmten Klasse von Sachverhalten und als theoretisch-methodischer Terminus zur Kennzeichnung eines bestimmten Zugangs zu Sachverhalten charakterisiert. (1) In der ersten Bedeutung umfassen sie all diejenigen psychischen Prozesse, Strukturen, Funktionen, Inhalte usw., die sich auf das Erkennen der Umwelt beziehen, im Unterschied zu physiologischen und motorischen

(1) vgl. Wolfgang Groeger, Zur Funktion kognitiver Bewältigungsstrategien in Angstsituationen, unveröffentlichte Dissertation, Bochum 1977, S. 58

Prozessen. (1) Neisser versteht z.B. unter kognitiven Prozessen Perzeptionen und Imagination, d.h.

"der Begriff Kognition meint alle jene Prozesse, durch die der sensorische Input umgesetzt, reduziert, weiterverarbeitet, gespeichert, wieder hervorgeholt und schließlich benutzt wird." (2).

Genauer noch umreißt dies Festinger, der unter den Kognitionen alle isolierbaren inhaltlichen Bestandteile des Wissens, der Meinungen oder Überzeugungen über die Umwelt, über sich selbst, über das eigene Verhalten versteht. (3) Bei dieser Auffassung wird kognitiv

"zur Bezeichnung eines theoretisch-methodischen Zugangs benutzt, der sich von anderen potentiellen Zugängen unterscheidet; d.h., derselbe wissenschaftliche Gegenstandsbereich kann über kognitive oder über andere Theorien erfaßt werden. Kognitive Theorien werden in Abgrenzung zu lerntheoretischen oder behavioristischen Theorien formuliert und rekurrieren bei der Erklärung komplexer Verhaltensweisen über die einfache Reiz-Reaktions-Verknüpfung hinaus auf kognitive mediatorische oder determinierende Variablen." (4)

(1) vgl. ebenda, S. 58

(2) Ulric Neisser, Kognitive Psychologie, Stuttgart 1974, S. 19

(3) vgl. Leon Festinger, Theory of cognitive dissonance, Illinois, Evanstone 1957

(4) Groeger, a. a. O., S. 58

Der Begriff der Kognition zur deskriptiven Kennzeichnung von bestimmten Sachverhalten stellt also einen Sammelbegriff für innere, verdeckte, im Kern zentral-nervös geleitete Zustände oder Prozesse dar, die sehr breit gefaßt sind: Vorstellung, Denken, Wahrnehmung, Gedächtnis, Bewertung, Erwartung, Bedeutung, kognitives Schema, kognitive Struktur, Selbstverbalisierung, Autosuggestion, Phantasien, Wissen, Einstellung usw.. (1)

Verschiedene Theoretiker der kognitiven Verhaltenstherapie sind sich darüber einig, diese Sachverhalte als Kognitionen zu bezeichnen, aber es gibt unterschiedliche Bedeutungsinhalte von den Verfassern, die nur aus den jeweiligen theoriespezifischen Zusammenhängen zu begreifen sind. (2)

Sie einzeln darzustellen und zu diskutieren, sprengte den Rahmen dieser Arbeit. Exemplarisch bzw. stellvertretend für die mannigfaltigen kognitiven Verhaltenstherapien wird deshalb die Rational-Emotive Therapie von Albert Ellis herausgegriffen, um eine Therapieform genauer zu untersuchen und sie in Bezug auf ihre Vorstellung über psychische Krankheit und die soziale Umwelt hin zu betrachten.

(1) vgl. Richard E. Mayer, Denken und Problemlösen, Berlin 1979, S. 7 ff.

(2) vgl. hierzu Aaron T. Beck, Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose, München 1980;

Michael Mahoney, Kognitive Verhaltenstherapie, München 1977

2.3. Der Ansatz von Albert Ellis

Ellis gilt als einer der Pioniere der kognitiven Therapie. Seit 1955 begann er seine rational-emotive Therapie zu entwickeln. Aufgrund seiner klinischen Erfahrungen als Psychoanalytiker Freudscher Schule entfernte er sich von den Behandlungsmethoden der Psychoanalyse, die ihm zu langwierig erschien, und kreierte, basierend auf den Kenntnissen der inneren psychischen Vorgänge, seinen eigenen Ansatz. (1)

In seiner Theorie der psychischen Störungen sieht er einen gleichzeitigen und zusammenhängenden Prozeß der menschlichen Lebensfunktionen von Sinneswahrnehmung, Bewegung, Fühlen und Denken. Dies beinhaltet das Vorhandensein mehrerer Hauptquellen von Emotionen, und Ellis erscheint es dabei wichtig,

"daß menschliches Denken und Fühlen nicht zwei disparate, verschiedene Prozesse sind, sondern daß sie sich signifikant überschneiden und in gewisser Hinsicht miteinander identisch sind." (2)

Denn nach Ellis

"wird aus Denken oft Fühlen und Gefühle lösen ihrerseits Gedanken aus." (3)

(1) vgl. Albert Ellis, Die rational-emotive Therapie, München 1977;

Albert Ellis, Russel Grieger (Hg.), Praxis der rational-emotiven Therapie, München 1979, S. 3 ff.

(2) Albert Ellis, Die rational-emotive Therapie, a. a. O., S. 42

(3) ebenda, S. 52

Aber selbst wenn,

"Gefühle nicht immer von Gedanken begleitet sind, hat es doch den Anschein, daß anhaltende Emotionen in der Regel mit Denkvorgängen assoziiert sind, ja daß dauerhafte Gefühle, sofern es sich nicht um körperliche Schmerzen oder andere spezifische Empfindungen handelt, das direkte Resultat fortgesetzter Denkprozesse sind." (1)

Die beim Denken sich abspielenden Bewertungen sind daher ein wichtiger Faktor bei der Entstehung und der weiteren Aufrechterhaltung von Emotionen. Gleich ob es sich um angenehme oder unangenehme Gedanken handelt oder nur um vorgestellte Gefühle, werden positive bzw. negative emotionale Reaktionen aufrechterhalten und hervorgebracht. Der sich in Worten, Redewendungen und Sätzen bewegend Denk- und Bewertungsprozeß läßt die Vermutung zu,

"daß ein großer Teil unserer Gefühle die Form von Selbstgesprächen oder verinnerlichter Sätze annimmt. Wenn dem so ist, dann sind die Redewendungen und Sätze, die wir uns immer wieder vorsagen, praktisch identisch mit unseren Gedanken und Gefühlen bzw. verwandeln sich in diese." (2)

(1) ebenda, S. 52

(2) ebenda, S. 53

2.3.1. Die A-B-C-Theorie

Der Hauptbestandteil der rational-emotiven Therapie ist nun die

"A-B-C-Theorie der Persönlichkeit bzw. der psychischen Störungen," (1)

Die Buchstaben A, B und C gelten als Symbole. A bedeutet "activating event", d.h. eine aktivierende Erfahrung mit der Umwelt, ein auslösendes inneres oder äußeres Ereignis oder eine eigene Verhaltensweise. B verkörpert das "belief system" oder die "beliefs", das sind die Interpretationen und Bewertungen, die Gedanken und Gefühle in bezug auf A. C schließlich ist die "consequence", die emotionale Konsequenz bzw. Reaktion, die auf A folgt.

Nach Ellis bedeutet dies, daß das auslösende Ereignis am Punkt A vom Klienten am Punkt B einer kognitiven Bewertung unterliegt, und die vermittelnden Kognitionen zu emotionalen Konsequenzen am Punkt C führen. (2).

Kurz gefaßt, sind also die aktivierenden Erfahrungen aus der Umwelt nicht die Ursache für die Konsequenzen, sondern die Bewertungen und Gefühle.

An dieser Stelle hebt Ellis besonders die Bedeu-

(1) ebenda, S. 164

(2) vgl. Ellis, Klinisch-theoretische Grundlagen der rational-emotiven Therapie, in Ellis, Grieger (Hg.), a. a. O., S. 5 ff.

tung der kognitiv vermittelnden Prozesse hervor, sowohl hinsichtlich des normalen als auch des dysfunktionalen Verhaltens. Die qualitative Wichtigkeit von B ist entscheidend für das psychische Ergehen C eines Menschen, d.h. unabhängig vom auslösenden Ereignis.

Um B inhaltlich näher zu bestimmen, kommt Ellis zu folgenden Thesen gesellschaftlicher und anthropologischer Art. Für ihn ist der Mensch rational bzw. irrational und suggestibel zugleich. (1) Die ihm zugeteilten biosozialen Neigungen und angeborenen Eignungen (rational und irrational) existieren lebenslang und sind auch gleichzeitig beeinflussbar. (2)

Hauptsächlich konzentriert sich Ellis auf die irrationalen Faktoren im menschlichen Leben, die für die Entstehung und Kontinuität psychischer Störungen verantwortlich sind. Wie bereits erwähnt sind das zur biologischen Beschaffenheit des Menschen gehörende Neigungen, irrational zu denken und suggestibel zu sein. Diese sich wiederholenden unlogischen nicht realitätsgerechten Autosuggestionen münden in intensive und länger andauernde, belastende Emotionen, den psychischen Störungen. Verantwortlich für die erfolgenden Indoktrination der Menschen mit irrationalen Ideen sind die Sozialisationsagenten in der Kindheit, die Eltern, später der Kindergarten, die Schule und

(1) vgl. Ellis, Die rational-emotive Therapie, a. a. O., S. 40

(2) vgl. Ellis, Rational-emotive Therapy, in Corsini, R. (Hg.): Current psychotherapies, Itasca 1975, S. 171

die noch jeweils unterschiedlich folgenden Sozialisationsinstanzen. In der Kindheit wirkt die Beeinflussung sehr nachhaltig, später werden diese irrationalen Denkmuster durch andere gesellschaftliche Institutionen wie Massenmedien, andere Autoritäten fortgesetzt. (1)

2.3.2. Irrglauben und Neurosen

Konkret benennt Ellis mehrere Formen von neurotisierend wirkenden Irrglauben, die den Menschen immer wieder beunruhigen, ihm Anlaß zu Irrationalitäten geben und die Sichtweise für die Rationalität versperren. Sie werden im einzelnen ausführlich aufgeführt, um in das Ellissche Denken und Therapiekonzept näher einzuführen.

- "1. Die Meinung, es sei für jeden Erwachsenen absolut notwendig, von praktisch jeder anderen Person in seinem Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden.
2. Die Meinung, daß man sich nur dann als wertvoll empfinden dürfe, wenn man in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig ist.
3. Die Idee, daß bestimmte Menschen böse, schlecht und schurkisch seien und für ihre Schlechtigkeit streng zu rügen und zu bestrafen seien.

(1) vgl. Ellis, Klinisch-theoretische..., in Ellis, Grieger, a. a. O., S.17

4. Die Vorstellung, daß es schrecklich und katastrophal ist, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gerne haben möchte.
5. Die Vorstellung, daß menschliches Leiden äußere Ursachen habe und daß der Mensch wenig Einfluß auf seinen Kummer und seine psychischen Probleme nehmen könne.
6. Die Überzeugung, daß man sich über tatsächliche oder eingebildete Gefahren große Sorgen machen, sich ständig mit der Möglichkeit ihres Eintretens befassen müsse.
7. Die Meinung, es sei leichter, bestimmten Schwierigkeiten auszuweichen, als sich ihnen zu stellen.
8. Die Vorstellung, daß man sich auf andere verlassen sollte und daß man einen Stärkeren braucht, auf den man sich stützen kann.
9. Die Vorstellung, daß die eigene Vergangenheit entscheidenden Einfluß auf unser gegenwärtiges Verhalten hat und daß etwas, das sich früher einmal auf unser Leben auswirkte, dies auch weiterhin tun müsse.
10. Die Neigung, sich über die Probleme und Verhaltensschwierigkeiten anderer Leute aufzuregen.

11. Die Vorstellung, daß es für jedes menschliche Problem eine absolut richtige, perfekte Lösung gibt und daß es eine Katastrophe sei, wenn diese perfekte Lösung nicht gefunden wird." (1)

Derartige Irrglauben beeinflussen das Bewertungssystem des Menschen und führen zur Neurose, zu neurotischem, abweichendem Verhalten. Einerseits spiegeln sich hier alte Weisheiten des menschlichen Denkens wider, die wegen ihrer Komplexität einer genaueren Operationalisierung bedürfen, soweit dies beim vielschichtigen menschlichen Verhalten möglich ist. Andererseits bieten sie eine umfassende Charakterisierung von menschlichen Verhaltensweisen, Handlungsabläufen und einem sehr weit verbreiteten Denken.

2.3.3. Menschenbild und Ziel der rational-emotiven Therapie

Als wichtigstes Ziel seiner Therapie setzt sich Ellis die Aufgabe,

"den Patienten dazu zu bringen, eine rationale Lebensanschauung zu internalisieren." (2)

Desweiteren versucht er dem Klienten,

"eine schlüssige, faktennähere und praktikablere Weltanschauung," (3)

(1) Albert Ellis, Die rational-emotive Therapie, a. a. O., S. 64 - 89

(2) ebenda, S. 96/97

(3) ebenda, S. 106

beizubringen.

Durch die richtigen (rationalen) Vorstellungen und passenden Emotionen wird dem Menschen geholfen, seinen Wünschen und Lebenszielen näher zu kommen und sein Leben glücklich und zufrieden zu empfinden, ohne dabei von falschen Gedanken über die Realität gepeinigt zu werden. Es genügt dabei nicht, dem Patienten seine vorhandenen Probleme und Neurosen nur zu verschmälern bzw. zu reduzieren, sondern sein ganzes Denksystem grundlegend zu verändern, in der Weise, daß

"sich der rational-emotive Therapeut nicht nur konkret mit den unlogischen Denkmustern seines Patienten auseinandersetzt, sondern ihm klarmachen sollte, von welchen irrationalen Ideen sich die Menschen im allgemeinen am häufigsten beeinflussen lassen und durch welche rationaleren Einstellungen diese am sinnvollsten zu ersetzen sind..., daß der Patient zwar der einen irrationalen Ideologie abschwört, aber dafür einer anderen zum Opfer fällt." (1)

Mit dieser Vorgehensweise wird der Patient angeleitet sich zu einem rational denkenden, fühlenden und handelnden Individuum zu entwickeln, das sich durchsetzen kann, Selbstbestimmung anstrebt, tolerant ist, wissenschaftlich denkt, flexibel ist, sich für Sachen und Ideen engagiert, risikobereit ist und schließlich sich selbst akzeptiert. (2)

(1) ebenda, S. 61

(2) vgl. Albert Ellis, *Humanistische Psychotherapie. The Rational-emotive Approach* in Sagarin, E. (Hg.), New York 1973, S. 159 ff.

Die Vermittlung zu einem rationalen Denken und Handeln wird als Hauptziel von Ellis postuliert. Aber was ist tatsächlich das rationale Denken? Wer vermittelt dem Klienten das richtige Handeln? Schließlich ist der Therapeut nicht frei von Hintergrundvorstellungen über die Lösung psychischer Probleme in der Gesellschaft. Auch der Ellissche Therapeut ist von Sozialisationsinstanzen geprägt, die ihm Irrglauben vermittelten, und er dürfte somit nicht den einzig wahren und richtigen Weg zur Heilung der Neurosen gefunden haben. Ähnliche Aspekte und Fragen werden an anderer Stelle der Arbeit erörtert, denn zunächst ist die Methodik der rational-emotiven Therapie ein möglicher und wichtiger Weg im Hinblick auf die eben angeschnittenen Probleme.

2.3.4. Veränderungen der Kognitionen

Die Veränderung der Kognitionen beginnt mit der bereits bekannten A-B-C-Theorie. Durch die irrationalen "beliefs" (iB) wird die psychische Störung bewirkt, d.h. die emotionalen Konsequenzen (eC) und behavioralen Konsequenzen (bC). (1) Als nächste Stufe schließt sich D an, die Phase des Disputierens, Debattierens bzw. Diskriminierens. (2) In diesem Teil der Therapie wird versucht dem Patienten seine unlogischen Eigenindoktrinationen aufzuzeigen, die zu negativen Emotionen führten. Desweiteren impliziert die Disputierphase das Auf-

(1) vgl. Ellis, *Klinisch-theoretische...*, in Ellis, Grieger (Hg.), a. a. O., S. 8 ff.

(2) vgl. ebenda, S. 21 ff.

decken der den Sätzen zugrunde liegenden Irrglauben, um anschließend dem Patienten zum Umdenken und Widersprechen der unlogischen Vorstellungen anzuleiten. (1) In dieser Phase wird also versucht aktiv und systematisch gegen die irrationalen Bewertungen anzugehen, sie zu reduzieren und am Ende umzustrukturieren. (2)

In der letzten Phase (E) geht der Therapeut heran, kognitive Effekte (cE) des Disputierens zu stabilisieren. Durch z.B. Selbstverstärkung wird der Patient in die Lage versetzt, durch die Veränderung der Kognitionen ausgelösten emotionalen Effekte (eE) und behavioralen Effekte (bE), sich als Handelnder zu erfahren und sie gleich durch praktisches Üben nachzuvollziehen. (3)

2.3.5. Methoden der Veränderungen

Bei der Umstrukturierung der Kognitionen verwendet Ellis Vorstellungstechniken (Rational-emotive Imaginationstechnik (4)), emotive-evokative Maßnahmen (starke Verbalisierungen, emotives Feedback (5)) und schließlich verhaltenstherapeutische Methoden wie In-vivo-Übungen und Selbstbehauptungstraining. (6)

(1) vgl. ebenda, S. 29

(2) vgl. Mahoney, a. a. O., S. 202

(3) vgl. Ellis, Klinisch-theoretische..., in Ellis, Grieger (Hg.), a. a. O., S. 34

(4) vgl. Ellis, Der rational-emotive Ansatz in der Sexualtherapie, in Ellis, Grieger (Hg.), a. a. O., S. 168 ff.

(5) vgl. ebenda, S. 179 ff.

(6) vgl. ebenda, S. 181

2.3.5.1. Kognitive Vorstellungstechniken

In der Teiltherapievariante werden dem Patienten die Grundlagen der rational-emotiven Therapie erklärt. Anschließend erfolgt die Suche nach den Irrglauben, welche der Therapeut zu bekämpfen und zu widerlegen versucht, um sie dann durch neue Einsichten bzw. durch eine rationale Lebensphilosophie auszutauschen. (1) Wie einzelne Vorgehensweisen spezifisch durchgeführt werden, verlängerte die Diskussion des Ellisschen Ansatzes. Es ist lediglich noch die aktiv-direktive Rolle des Therapeuten hervorzuheben, die in der Behandlung der Patienten (auch Gruppentherapie möglich) angewendet wird.

2.3.5.2. Emotive Maßnahmen

Sie sind für den Abbau der Distanz zwischen Therapeut und zu Therapierenden entscheidend und stehen am Anfang der aufzubauenden Interaktion. Die zu schaffende Haltung der "nichtverdammenden Akzeptierung" (2) soll ebenfalls dazu beitragen.

Um dem Patienten zu einer neuen Emotionalität zu verhelfen, können auch Rollenspiele und Formen des Modellernens eingesetzt werden. (3)

(1) vgl. ebenda, S. 173

(2) Albert Ellis, Übungen zum Erwachsenwerden. Die rational-emotive Psychotherapie, in: Psychologie heute, Januar 1977, S. 69

(3) vgl. Ellis, Rational-emotive Therapy, a. a. O., S. 183

2.3.5.3. Verhaltenstherapeutische Methoden

Ihnen werden die In-vivo-Desensibilisierung, die graduierte Annäherung und Selbstkontrollprogramme zugerechnet. (1) Aufgabe der behavioralen Methoden ist es ebenfalls dem Patienten seine Irrglauben und Ansichten zu ändern, und neben der als Ziel zu erreichenden rationalen Lebensanschauung ein handelndes Ausführen und praktisches Üben ihr voranzusetzen, um sie zu stabilisieren. (2)

2.3.6. Anwendungsbereiche der rational-emotiven Therapie

Der Anwendungsbereich der rational-emotiven Therapie ist sehr breit gestreut. Von Sexualproblemen bis zu gestörten Interaktionsformen in der Ehe, von Problemen am Arbeitsplatz und Ängsten (Sprechängste, Prüfungsängste), von der Behandlung von Depressionen bis zur Behebung der Selbstverballisierungsprobleme bei Kindern, deckt der Ellissche Ansatz viele Bereiche der Verhaltensstörungen ab, welche sowohl bei einzelnen Patienten bzw. in Gruppen behandelt werden. Bei den Beispielen erfahren die von der rational-emotiven Therapie erstellten theoretischen Positionen eine Kontinuität in der Praxis.

2.3.6.1. Sexualprobleme (3)

In dem folgenden Beispiel handelt es sich um einen

- (1) vgl. Ellis, der rational-emotive Ansatz in der..., in Ellis, Grieger (Hg.), a. a. O., S. 181 ff.
- (2) vgl. Ellis, Rational-emotive Therapy, a. a. O., S. 183
- (3) vgl. Ellis, Die rational-emotive Therapie, a. a. O., S. 124 ff.

jungen Geschäftsmann, der bei seinen beiden letzten Freundinnen impotent war und der nach der Beschäftigung mit psychoanalytischen Büchern dachte, daß die Ursache für seine Impotenz in der Kindheit liegt (z.B. erotische Gefühle zu seiner Mutter, inzestuöse Wünsche zur Tante usw.). Dem hält Ellis entgegen

"daß er sich... trotz Ödipuskomplex, offenem Inzest, Kastrationsängsten usw. in den letzten 20 Jahren sexuell glänzend amüsiert habe und daß er sich erst seit kurzer Zeit aufgrund von zwei Mißerfolgen als impotent betrachte." (1)

Darauf aufbauend vermittelt der Therapeut dem Klienten die Verursachung der sog. sexuellen Störungen durch die A-B-C-Theorie: z.B. am Punkt A macht die Freundin des Klienten eine Äußerung darüber, daß sein Penis zu klein sei, und sie sei sexuell schwer zu befriedigen. (2) Durch diese Bemerkung seiner Partnerin wird die Impotenz am Punkt C nicht hervorgerufen, sondern durch Bewertungen des Klienten am Punkt B, daß er z.B. immer versagt und daß es schlimm ist, seinen Penis als klein zu bezeichnen. (3) Die rationale Antwort wäre aber, daß das alles nicht so schlimm ist und es beim nächsten Anlauf klappt, d.h. also, der Patient darf nicht katastrophieren bzw. in andere Irrglauben verfallen. (4)

(1) ebenda, S. 124

(2) vgl. ebenda, S. 125

(3) vgl. ebenda, S. 126

(4) vgl. ebenda, S. 126

Durch diese Form der Diskussion zwischen dem Therapeuten und dem Klienten wird nicht auf die gesellschaftlichen Hintergründe und Normen eingegangen bzw. auf die Leistungsansprüche und die dadurch hervorgerufenen Ängste, versagen zu können, sondern dem Patienten werden lediglich rationale Aussagen mitgeben, um über die neurotische Störung hinwegzukommen. Sicherlich erscheint es für den Klienten wichtig von seiner Störung befreit zu werden, daß es nicht so katastrophal ist, einen kleinen Penis zu haben, bedauerlich vielleicht schon, aber man braucht sich dahingehend keine Gedanken zu machen. Entscheidender aber wäre eine Diskussion des Patienten mit seiner Partnerin am Punkt A und die Möglichkeiten der Veränderung am Punkt A, woher die Vorstellungen über einen großen Penis kommen, der unbedingt als Kriterium für die Qualität der sexuellen Befriedigung herhalten muß. Was aber macht Ellis? Die Äußerung der Partnerin bzw. deren Konsequenzen werden als bedauerlich hingestellt, nicht hinterfragt oder als veränderungswürdig gesehen. Hingegen wird der Patient dazu gebracht seine Bewertung am Punkt B in der Weise zu ändern, zu rationalisieren, bis es ihn nicht mehr stört bzw. ängert und seelisch belastet. Diese Vorgehensweise dokumentiert sehr treffend die Aufgabe der Psychotherapie (Ellis) den Patienten wieder tauglich, ihn anpassungsfähig usw. zu machen, damit er wieder funktioniert, was für ihn subjektiv wichtig ist, aber sein Denken über derartige gesellschaftlich bedingte Probleme nicht verändert.

2.3.6.2. Probleme am Arbeitsplatz (1)

In dem folgenden Therapiebeispiel fühlt sich ein Patient am Arbeitsplatz durch seinen Chef benachteiligt, verfiel in Depressionen und trank. (2) Der Klient hat nicht zur Ausbildung gehörende Tätigkeiten zu übernehmen und muß Überstunden leisten, um die Lehrstelle behalten zu können. Was macht der Therapeut, um das Verärgertsein, die Wut des Klienten gegen seinen Chef zu reduzieren? Er macht ihm klar, daß er die Lehrstelle ehemals annehmen bzw. ablehnen konnte. Aber der Klient hat die Stelle angenommen und der Therapeut unterstützt diesen Weg. Konkret heißt dieses Unterstützen eine Billigung des Therapeuten, daß der Patient ungerecht behandelt wird, denn

"wenn Ihr Chef in der Inventarfrage unfair handelt..., dann doch zweifellos, weil er dumm, unwissend oder psychisch gestört oder alles drei ist... und als fehlbarer Mensch hat er ein Recht darauf, dumm, unwissend und gestört zu sein...." (3)

Diese Rationalitätsauffassung klingt sehr problematisch. Ökonomische Unterschiede (Arbeitgeber-Arbeitnehmer), Autoritätsfragen und Machtverhältnisse werden hier erst gar nicht untersucht und als veränderbar begriffen, sondern dem Patienten werden die Gedanken, die sich gegen seinen Chef richten, systematisch verharmlost und verwischt.

(1) vgl. ebenda, S. 98 ff.

(2) vgl. ebenda, S. 98 ff.

(3) ebenda, S. 101

bzw. wird ihm eingeredet, daß alles nicht so schlimm ist. Dadurch wird das Verhalten des Chefs zur Norm, die nicht veränderbar ist, geschweige denn das Unterordnungsverhältnis. Wiederum wird der Patient zur Anpassung und zum geringsten Widerstand gebracht, ohne die auslösenden Ereignisse zu hinterfragen. (1)

2.3.7. Erfolge

Neben der durchgeführten Therapie ist auch ein Blick auf die damit erzielten Erfolge wichtig. Problematisch, wie bereits erwähnt, erscheint die Aufgabe, eine genaue Operationalisierung des Neurosenbegriffs vorzunehmen bzw. welche Kriterien den Erfolg ausmachen, wann ein Patient/Klient als geheilt anzusehen ist. Ellis überprüfte die Effektivität seiner Therapie zunächst durch die Ansätze seiner therapeutischen Praxis. (2) Einige Zahlen sollen dies verdeutlichen: Er verglich 78 Fälle (psychoanalytisch orientierte Methode), 16 Fälle (orthodoxe Psychoanalyse), 78 Fälle (rational-emotive Therapie) miteinander. (3) Bei der traditionellen Psychoanalyse braucht er durchschnittlich 93, **bei der analytisch orientierten Vorgehensweise 35** und bei der rational-emotiven Therapie 26 Sitzungen. (4) Das bedeutet, nach der Zeit gemessen, **Erfolge für die letzte Methode. Folgende Kategorien**

(1) vgl. Peter Beule, Zum Rationalitätsbegriff bei Albert Ellis, Münster 1978, S. 4

(2) vgl. Raymond A., Di Giuseppe, Norman J. Miller, Überblick über Untersuchungen zur Effektivität der rational-emotiven Therapie, in Ellis, Grieger, a. a. O., S. 38

(3) vgl. ebenda, S. 38

(4) vgl. ebenda, S. 38



wurden als Kriterium der Besserung am Ende der
Therapie angewendet: (1)

Besserungs- kriterien Methode	geringer oder gar kein Fortschritt	deutlich erkenn- barer Fortschritt	beträchtliche Besserung
Psycho- analyse :	50 %	37 %	13 %
analytisch orientierte Therapie :	37 %	45 %	18 %
RET =rational- emotive Therapie :	10 %	46 %	44 %

(1) vgl. ebenda, S. 38, eigenerstellte Tabelle (d. Verfassers)