

Lernen am Modell Die Suche nach adäquaten Vorbildern

Linda Marie Lèva

Zusammenfassung: Im Rahmen des sozialpsychologischen Paradigmas des Modellerns und mit Hilfe eines Sitzungsberichtes sollen die Vorteile der Synthese von Verhaltenstherapie und Hypnose für die therapeutische Arbeit mit Klienten aufgezeigt werden.

Wir gehen davon aus, daß es für jeden Menschen einen gesunden Lebensstil gibt, der in den realen Strukturen seiner sozialen und wirtschaftlichen Existenz einerseits und einer spezifischen psycho-somatischen wie auch entwicklungsmäßigen Struktur andererseits verwirklicht ist. Diejenigen Personen, die wir für gesund halten, feilen ständig und immer wieder an ihrem jeweiligen Lebensstil herum. "Sie praktizieren Verhalten, das Veränderungen der umweltbedingten Situation nach sich zieht". (Kanfer & Phillips, 1975, S. 219). Somit verändern sie Anteile oder Zusammenhänge innerhalb ihres Lebensstils so oft, wie sie es brauchen, damit sie ihren realen Lebensumständen entsprechend gut leben können. Sie wiederholen im Sinne einer Ökonomisierung diejenigen Prozesse, die sich für die Befriedigung ihrer persönlichen Bedürfnisse als erfolgreich erwiesen haben. Sie pflegen im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen ökologischen intra- und interpersonellen Haushalt. Diese Menschen sind unsere Studienobjekte und Lehrer. Sie sind Vorbilder für unsere Klienten. Ihre nachahmbaren Problemlösungen dienen alltäglichen Lernprozessen im Sinne des Modellerns, wobei das Paradigma des Modellerns als eines der grundlegendsten der Verhaltenstherapie gilt.

Angenommen es gäbe für jeden behandlungsbedürftigen Klienten ein gesundes Pendant, das ihm als Vorbild dienen könnte, welche Kriterien muß dieses Modell erfüllen?

Voraussetzungen für das Lernen am Modell

Zuerst ist es wichtig, daß der Klient sich mit dem Vorbild identifizieren kann. Zwei Aspekte der Identifikation sind hier wichtig. Erstens: Ein ideales Modell sollte dem Klienten sowohl im Persönlichkeitstypus wie auch in physischen Merkmalen gleichen, denn angestrebt wird das unreflektierte Sichhineinversetzen in einen anderen Menschen, eine Art instinktives Ausdrucksverstehen. Zweitens: es handelt sich auch um Rollenidentifikation. Dieses Konzept wurde von Bandura untersucht und beschrieben. Es handelt sich dabei um idiosynkratische oder stilistische Verhaltenseigenschaften. Solche Verhaltenseigenschaften verwirklichen sich in konkreten Situationen. Sie dienen dem Beobachter als aneignbare Information für Reaktionsmöglichkeiten. In diesem Sinne ist es wichtig, daß eine für den Beobachter wahrnehmbare Ähnlichkeit zwischen dem vom Modell ge-

lösten Problem und dem Problem des Beobachters besteht. Sind die oben genannten Bedingungen der Identifikation gegeben, erfolgt Modellernen, indem der Beobachter eine sinnliche Kognition, die Verinnerlichung der Reaktionsinformation entwickelt und später als Verhaltensplan anwendet.

Vorteile des Selbst-Vor-Bildes

Bei der Hypnose wie auch bei der artverwandten Neurolinguistischen Programmierung (NLP) wird unmittelbar mit solchen sinnlichen Kognitionen gearbeitet. In der Tat kann das dissoziierte Selbst-Bild als das ideale Modell im Sinne von Banduras Lernparadigma therapeutisch eingesetzt werden. Die Vorteile eines solchen Selbst-Vor-Bildes liegen auf der Hand. Zusätzlich zu der Erfüllung von Identifikations- und Problemähnlichkeitskriterien besteht meist ein spontanes, positives, emotionales Verhältnis zwischen dem problemlösenden Selbst und dem im Problem stecken gebliebenen Selbst. Experimentell untersucht sind Therapeuten- (d.h. Modell-) Anteile eines solchen Verhältnisses unter Begriffen wie Wärme, Empathie, Sicherheit, Erfahrung, zuwendendes und verstärkendes Verhalten, und der Fähigkeit, positive Änderungserwartungen bei dem Klienten zu wecken und aufrechtzuerhalten.

Nach entwicklungstheoretischen Vorstellungen dient das innere Selbst-Vor-Bild auch nach Beendigung der therapeutischen Intervention als Bezugsperson. Klar definiert und sinnlich bildhaft imaginiert kann ein solches Modell dem Klienten führend helfen: Weil er sich wohl fühlt und im vollen Besitz seiner Fähigkeiten und Eigenschaften ist, weil seine kreativen Anteile sich mit seinen praktischen Fähigkeiten abstimmen können; und weil es sich ganz im Hier-und-Jetzt auf die unmittelbaren Aufgaben einläßt, kann ein solches Modell unserem Klienten in der Sprache der körperlichen Intelligenz zeigen, wie das Problem zu lösen ist, dessen Lösung ihm im Augenblick unmöglich vorkommt.

Fallbeispiel

Thomas M., ein Jura-Student, war wütend und verletzt zugleich. Seine bisherige Freundin hatte die Beziehung so beendet, daß er sich nicht nur allein sondern auch als Opfer einer unfairen Vorgehensweise fühlte. Er fand keine Lösung für seinen Zustand. Er konnte nicht weinen, denn es würde ihn niemand trösten; er konnte seine Wut nicht rauslassen, denn das hatte er noch nie getan aus Angst, unangemessenen Schaden anzurichten. Diese Angst entsand daraus, daß er immer wieder in seinem Leben ungerecht bestraft worden war, wenn er "kuscheln" wollte.

Auf die Frage, in welcher Situation er sich ähnlich gefühlt habe, beschrieb er eine Klassenreise, die er im Alter von 10 Jahren mitgemacht hatte. Auch damals hatte er eine große Sehnsucht, mit einem bestimmten Mädchen zu kuscheln. Er erzählte, daß er und die anderen Jungen mit Einverständnis der Mädchen beschlossen hatten, sich abends in das Mädchenlager einzuschleichen, um zu kuscheln. Als die Klassenlehrerin die Jungen bei den Mädchen entdeckt hatte, wurde Thomas als Anstifter beschimpft und als Einziger nach Hause geschickt. Seine Eltern reagierten gleichgültig und desinteressiert.

Thomas negatives Gefühl verstärkte sich, während er die Geschichte in der Sitzung erzählte. Nachdem er zu Ende war, änderte die Therapeutin die Körperhaltung und bewegte ihn, seine inzwischen starrgewordene Körperhaltung auch zu ändern. Als er seine Physiognomie leicht verändert hatte, schlug sie vor, mit dem gerade Erzählten zu arbeiten: "Wir brauchen hier allerdings die Hilfe von dem Thomas im Leinenanzug." Schon bei

dieser Angabe änderte sich wiederum seine Physiognomie.

Er erinnerte sich an eine der ersten Therapiesitzungen, in der die Therapeutin ihn gebeten hatte, an drei Situationen zu denken, in denen er sich als vollwertiger reifer Mann im vollen Besitz aller seiner Fähigkeiten gefühlt hatte. Nachdem er der Therapeutin drei Situationen mitgeteilt hatte, wählte er eine aus und kennzeichnete diesen positiven Selbstzustand mit dem Begriff "Leinenanzug". Dann dissoziierte er sich von dem Selbstbild und sah sich selbst in dieser bildhaften Vorstellung an. Dieses Selbstvorbild hatte ihm schon in früheren Sitzungen als Modell gedient.

Im Folgenden bedeutet:

- Thomas-1: Der reale Klient, der in der Sitzung anwesend ist.
Thomas-2: Das Selbst-Vor-Bild, das Modell, die kognitive Repräsentation von Thomas als vollwertiger, reifer Mann im vollen Besitz aller seiner Fähigkeiten, gekennzeichnet als der im Leinenanzug;
Thomas-3: die kognitive Repräsentation von Thomas, wie er befangen in seinem Problem steckt, in diesem Falle als 10-jähriges Kind.

Eine Tranceinduktion war in der beschriebenen Sitzung nicht nötig. Thomas-1 ließ in seinen Vorstellungsbildern das Selbstvorbild, nämlich Thomas-2 sich ca. zwei Meter von ihm entfernt so hinsetzen, als ob Thomas-2 einen Film beobachten könnte, in dem ihm der kleine Thomas-3 die Situation von damals vorführte. Als die Lehrerin Thomas-3 beschimpfen wollte, rief Thomas-2: "Stop!" und stieg in das Bild hinein wie Woody Allens Figur in 'Purple Rose of Cairo'. Ab diesem Zeitpunkt fragte die Therapeutin immer wieder nur "Und was passiert jetzt." Thomas-1 berichtete dann, wie Thomas-2 so lange auf die Lehrerin "mit Worten einschlug", bis sie "ganz fix und fertig" war. Dann wartete Thomas-2, bis sie sich beruhigt hatte. Thomas-2 erklärte dann, daß die Bedürfnisse von Thomas-3 natürlich und gesund seien und besprach mit der Lehrerin das komplexe Problem, wie sie sowohl den Kindern als auch den Schulautoritäten gerecht werden könne. Als Thomas-2 merkte, daß er sich durchgesetzt hatte, suchte er Thomas-3 auf.

Auf die Frage der Therapeutin, was Thomas-2 gemacht hätte, wenn die Lehrerin nicht einsichtig geworden wäre, sagte Thomas-1 ganz ruhig und sicher, daß er sich bei dem Schuldirektor beklagt haben würde. Inzwischen saß Thomas-2 vor Thomas-3, hielt ihm an den Schultern fest, schaute ihm in die Augen und versicherte, daß er (Thomas-2) jetzt für ihn (Thomas-3) da sei und ihm immer, wenn er Hilfe brauche, beistehen würde; außerdem freue er sich, daß sie sich jetzt gefunden hätten. Als der kleine Thomas-3 den "Leinenanzug" von Thomas-2 angenommen hatte, leitete die Therapeutin die Integrationsarbeit ein, in der Thomas-3 sich von Thomas-2 aufnehmen ließ und anschließend das integrierte Selbstvorbild mit dem Klienten, Thomas-1 verschmolzen wurde.

Nach dieser "Übung" blieben noch zehn Minuten Sitzungszeit. Thomas-1 machte inzwischen einen ganz anderen Eindruck als am Anfang der Sitzung. Seine Körperhaltung war aufrecht und ungezwungen. Seine Wangen hatten wieder Farbe und seine Augen waren lebendig. Er fragte, ob er Schaden anrichten könne, wenn er seiner Ex-Freundin seine Wut mitteilen würde. Als Antwort ließ die Therapeutin den Schaden, den Thomas-2 bei der Lehrerin bewirkt hatte, einschätzen. Sie fragte dann, ob er das Verhalten von Thomas-2 für vertretbar hielte. Er ging dann noch einmal kurz in Trance, kam wieder und sagte sicher und erregt: "Naja, dann weiß ich, was ich zu tun habe." In dieser Sitzung ließ sich Thomas M. von seinem eigenen inneren Modell zeigen, wie er in vollem Besitz seiner Fähigkeiten und Möglichkeiten das komplexe Problem selbst lösen kann, indem er seine verletzten Anteile tröstet, seine Wut herausläßt und sein Bedürfnis, sich gerecht und pragmatisch mit dem objektiv vorhandenen Problem auseinanderzusetzen, befriedigt. Mit diesem Konzept oder Rohentwurf eines Handlungsmusters konnte er ein für seine gegenwärtige Situation angemessenes und auf seine Person zugeschnittenes Vorgehen entwerfen und testen. Das "experimentelle Überprüfen" (Beck, 1976) hat er sich als verhaltenstherapeutische "Hausaufgabe" vorgenommen.

Die Hausaufgabe

Bei dem Zusammenwirken von Verhaltenstherapie und Hypnose spielt die "Hausaufgabe" in zweierlei Hinsicht eine besonders wichtige Rolle. Erstens geht die Verhaltenstherapie davon aus, daß therapeutisch bewirkte Änderungen sich sowohl im Befinden wie auch in Handeln der Person auswirken. Darüberhinaus üben Befinden und Handeln gegenseitig Einfluß aufeinander aus sowohl im positiven wie auch im negativen Sinne. Eine Änderung im Befinden, die nicht im Verhalten operationalisiert wird, kann noch so beeindruckend sein; wenn sie nicht sinnlich, muskulär und praktisch umgesetzt wird, besteht die Gefahr, daß sie der Macht der geschichtlich länger bestehenden physiologisch verwurzelten Gewohnheit erliegt. Erst durch die Übung neuer Muster entwickeln sich neue Gewohnheiten, die auch physiologisch und, kraft der höheren Zweckmäßigkeit gegenüber der alten Gewohnheit, genauso fest verankert werden. Ebenso wie Sportler Filmaufnahmen als Lehrmaterial anschauen und dann selbst die beobachtete Bewegung eintrainieren, muß nach allen vorliegenden Lerntheorien Verhalten in den therapeutischen "Lernprozeß" eingebunden und geübt werden. Natürlich machen gute Hypnotherapeuten dies genauso selbstverständlich, ohne es Verhaltenstherapie zu nennen, wie gute Verhaltenstherapeuten hypnotherapeutische Verfahren benutzen, ohne vielleicht überhaupt zu wissen, daß erfolgreiche Kommunikationsfertigkeiten "Hypnose" heißen können.

Die Hausaufgabe dient darüberhinaus auch der Überprüfung der Realistik der in den Sitzungen gefundenen Einsichten. Ob positive Effekte einer Intervention sich tatsächlich im Alltag des Klienten auswirken und insbesondere ob sie nach Beendigung der Therapie stabil bleiben, ist häufig davon abhängig, ob sie im Umfeld des Klienten verwirklichtbar sind. Das neue Selbstbewußtsein sowie das neue Handlungsmuster werden zwischen den Therapiesitzungen getestet, denn erst hier werden Schwachpunkte oder Mißerfolgsquellen erkennbar. In den folgenden Sitzungen kann dann hypno- und/oder verhaltenstherapeutisch gearbeitet werden, abhängig davon, welche Methode besser zur Problemstellung, zum Klienten und zum Therapeuten paßt.

Zwei unterschiedliche Vorgehensmöglichkeiten werden am Beispiel einer Klientin deutlich, die erzählte, sie habe zwischen den Sitzungen entdeckt, daß ihre ganze Wohnung mit dem alten Muster verknüpft sei (übrigens im Sinne einer klassisch konditionierten Reiz-Reaktions-Kette). Hypnotherapeutisch vorgehend hat ein Therapeut vorgeschlagen, daß sie einen Stuhl, der noch nie woanders gestanden habe, gelegentlich beiseite schieben solle, um an der neuen Stelle den vorher erarbeiteten positiven Zustand aufzutanken. Dies tat die Klientin dann mit Erfolg zu Hause und der neue Zustand inklusiv den neuen Handlungsplänen setzte sich nach und nach durch. Verhaltenstherapeutisch hätte man die Klientin z.B. lehren können, wie sie ihren Lebenspartner, der nur ihr altes Verhaltensmuster verstärkte, durch "shaping", d.h. Belohnungskontingenzen dazu bringen könnte, sie stattdessen für das neue Muster zu verstärken.

Verhaltenstherapie und Hypnose

Die gemeinsame Nutzung von Verhaltenstherapie und Hypnose erweist sich in der klinischen Praxis als besonders günstig. Die Hypnose ermöglicht eine ökonomische Herstellung zweckmäßiger kognitiver Muster und die Verhaltenstherapie verlangt die Umsetzung dieser Muster in das tatsächliche Handeln der Person. Wie eben schon angedeutet, bringt das, was in Trance "wie von selbst" läuft, oft Schwierigkeiten in der Umsetzung mit sich. Dann hilft der Einsatz von Verhaltenstherapie z.B. in Form von Rollenspiel, einem Plan für Stimuluskontrolle oder der Erstellung eines Selbstverstärkungsprogrammes, um das neue Verhalten im Alltag zu sichern. Wenn andererseits die Überprüfung eines Verhaltensvorhabens zeigt, daß die Annahmen der Person über erfolgreiches Handeln nicht mit ihren persönlichen, organismischen und Umweltbedingungen übereinstimmen, kann die Hypnose wiederum die Erarbeitung erfolgversprechendere Pläne einleiten.

Es mag Kritikern der Verhaltenstherapie merkwürdig vorkommen, daß ein Vertreter dieser Therapierichtung so selbstverständlich innere, geistige Prozesse in die Therapie integriert. Tatsächlich hat ein solches Vorgehen aber eher traditionellen Charakter. So ist z.B. die klassische VT-Methode der systematischen Desensibilisierung phobischer Ängste weitgehend von inneren Bildern geprägt und umfaßt sowohl entspannende wie auch tranceinduzierende Instruktionen. Beim letzten Kongreß der European Association of Behavioral Therapy in München (EABT, 1985), hielt Wolpe einen Vortrag über diese von ihm entwickelte Methode. Kein(e) Hypnotherapeut(in) hätte daran gezweifelt, daß er etliche gute Beispiele für Hypnotherapie dargestellt hat. Zusätzlich zum traditionellen Umgang mit sogenannten "Kognitionen", die allerdings von dem behavioristischen, d.h. konservativen Zweig der Verhaltenstherapie nicht ausdrücklich so genannt werden, besteht seit Anfang der 70er Jahre der Zweig der kognitiven Therapieansätze.

Nicht nur die Arbeiten von Bandler & Grinder, sondern auch Meta-Analysen von Therapieforschungsergebnissen (z.B. Smith, Glass & Miller, 1980) weisen darauf hin, daß durch die Beachtung erlernbarer "Therapeutenvariablen" (Moderatoren-Variablen, Kommunikationstechniken) Therapie wesentlich effektiver und angenehmer gestaltet werden kann. Dies beinhaltet auch eine wesentliche Bereicherung der Verhaltenstherapie durch die Einbeziehung von Hypnose-Techniken und Kommunikationsprinzipien. Andererseits lernt der gesunde Mensch auf unterschiedlichste Art und Weise. Viele Verhaltensweisen sowie soziale und praktische Fähigkeiten können direkter und leichter durch die Anwendung von Verhaltenstherapie, d.h. der Gesetzmäßigkeiten der modernen Lerntheorien sinnvoll, menschenfreundlich und ökonomisch vermittelt werden. Hier ergänzt die Verhaltenstherapie die Hypnose.

Wenn der Leser bisher entweder die Verhaltenstherapie oder aber die Hypnose nicht riechen konnte und überrascht ist, daß die Mischung aus beidem so gut schmeckt, wird er klar sehen können, wie vergnüglich und spielerisch es ist, das Neue zu lernen und zu leben und die Ressourcen, die wir haben, in die Hand zu nehmen.

Literatur

- BANDURA, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- BANDURA, A. 1978. The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 34, 344-357.
- BECK, A. T. 1976. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- GRINDER, J. & BANDLER, R. 1981. *Trance-formations: Neurolinguistic programming and the structure of hypnosis*. Moab, Utah: Real People Press.
- KANFER, F. H. & PHILLIPS, J. S. 1975. *Lerntheoretische Grundlagen des Verhaltens*. München: Kindler. (amerik. Original 1970)
- MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. 1980. Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. In: Davidson, P. O. & Davidson, S. M. (Eds.): *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*, New York: Brunner/Mazel.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V. & MILLER, T. I. 1980. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Theorien und Methoden der Verhaltenstherapie: Eine Einführung. 1980. *Mitteilungen der DGVt, Sonderheft II*.
- WOLPE, J. 1981. *Our useless fears*. Boston: Houghton Mifflin Co.

Keywords: behavior therapy, hypnotherapy, modeling.

Summary: The author discusses the advantages of combining hypnotherapy and behavior therapy. She uses the social learning concept of modeling as a mediator for the synthesis of the two methods based on the idea that modeling functions through the mental representation the person has developed and then applies as an action plan for solving similar problems in the future. A case example illustrates her point and a discussion of "homework" underlines the effects of the combination.

Anschrift der Autorin:

Linda Marie Léva

Klinische Psychologin

Kantstr. 74

1000 Berlin 12