Amanda Strauss

Aversionstherapie:

Verhaltensänderungen durch Elektroschock und Peitsche

Inhalt

Vorwort	3
1. Aversionstherapie in der Fachliteratur	4
1.1 Beschreibung	4
1.2 Indikation	4
1.3 Aversive Reize	5
1.4 Anstaltsbehandlung	6
2. Aversionstherapie in der Praxis	8
2.1 Zuführung	8
2.2 Unterbringung	8
2.3 Schutzmaßnahmen	9
2.4 Therapie	9
2.5 Durchführung	10
2.5.1 Klassische Konditionierung	10
2.5.2 Operante Konditionierung	12
2.6 Beendigung	12
3. Schlussfolgerung	14

Vorwort

Das Thema Aversionstherapie interessiert mich, seit ich ein Schuljahr in den USA verbracht habe. Dort wohnte ich bei einem Verhaltenstherapeuten, der diese Therapie praktiziert. Dabei erlebte ich ‚hautnah', wie schädliches und unerwünschtes Verhalten von verhaltensgestörten Menschen mittels aversiver Reize therapiert wurde. Ich konnte mich davon überzeugen, wie diese Therapie die Klienten völlig verwandelte, sie zurückhaltend und sich den gesellschaftlichen Normen anpassten wurden. Ich war wahnsinnig fasziniert von dem Einfluss, den diese Behandlung hat und glaube seit dieser Zeit an die heilende Wirkung dieser Therapieform.

Als ich dann mein Studium in der Schweiz aufnahm, freute ich mich, wieder von der Aversionstherapie zu hören. Jedoch vernahm ich nur negative Stimmen und Entsetzen. „Klar tönt es brutal, mit Elektroschocks, Schlägen und manch anderem Arsenal körperlich schmerzender und demütigender Behandlungsformen traktiert zu werden", dachte ich, „doch wenn Ihr mitbekommen würdet, wie erfolgreich verhaltensauffällige Menschen in ihrem schädlichen Verhalten korrigiert werden, würdet ihr sie eigenhängig einer Aversionstherapie zuführen!" Und meine Auffassung wurde noch verstärkt: Auf Vermittlung des amerikanischen Verhaltenstherapeuten lernte ich einen seiner Schweizer Kollegen kennen, der verhaltensauffällige Menschen ebenso erfolgreich mit der Aversionstherapie behandelt.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich zum Einen auf Fachliteratur und Internet-Recherche, insbesondere auf das Buch von Linden / Hautzinger „Verhaltenstherapiemanual" (5. Auflage 2005) und auf die Arbeit „Lernen (Seminarunterlagen Allgemeine Psychologie I)" des Instituts für Experimentelle Psychologie der Heinrich Heine Universität Düsseldorf.
Zum Anderen konnte ich auf die theoretische und praktische Arbeit der zwei genannten Verhaltenstherapeuten zurückgreifen: Mit dem Therapeuten aus den USA hatte ich vielfältigen Kontakt per Telefon und per Email, mit dem Schweizer Pendant konnte ich nicht nur mehrmals persönlich reden, sondern wohnte auch diversen Behandlungen bei.
Sein Angebot, in sein Haus zu ziehen, nahm ich nach dem zwischenzeitlichen Tode meines Vaters an. Er wurde mir zu einem väterlichen und konsequenten Lehrer.

1. Aversionstherapie in der Fachliteratur

Hier werde ich darstellen, wie die wissenschaftliche Fachliteratur die Aversionstherapie beschreibt.

1.1 Beschreibung

Das Ziel der Aversionstherapie ist es, zwischen unerwünschtem oder schädlichem Verhalten und aversiven (unangenehmen/schmerzhaften) Reizen beim Klienten eine gedankliche Verbindung (Assoziation) zu schaffen. Zwei Strategien werden dabei angewendet:

1. In Behandlungssettings wird das unerwünschte Verhalten dem Klienten in der Vorstellung (verbal, also durch Worte), bildlich (z.B. durch eine Leinwandprojektion) oder in vivo (z.B. bei Alkoholkranken durch alkoholischen Geruch) dargeboten und gleichzeitig aversive Reize wie starke elektrische Schläge appliziert. Mit dem aversiven Reiz wird das unakzeptable Verhalten mit schmerzhaften Reizen gekoppelt mit dem Effekt, dass es reduziert wird oder verschwindet. In der Fachsprache wird dieses Verfahren ‚Klassische Konditionierung' genannt.

2. In einer Anstalt oder Klinik oder aber im Alltagsleben werden unerwünschte Reaktionen oder schädliche Verhaltensweisen des Klienten mit aversiven Reizen sanktioniert, wodurch deren Auftretungswahrscheinlichkeit abnimmt. Es folgen also aversive Reize unmittelbar auf das Fehlverhalten oder die Fehlreaktion. Auch hier erfolgt eine Kopplung von unakzeptablem Verhalten mit schmerzhaften Reizen. In der Fachsprache wird dieses Verfahren ‚Operantes Konditionieren oder aber auch ‚Bestrafungsverfahren' genannt.

Fazit: Beiden Verfahren gemeinsam ist, dass durch die Bildung der Verbindung ‚Fehlverhalten - aversiver Reiz' die Wahrscheinlichkeit, dass das unerwünschte Verhalten gezeigt wird, sinkt oder ganz eliminiert wird.

1.2 Indikation

Therapie zur *"Behandlung von Fehlanpassungen"*, insbesondere von *"Verstößen gegen die soziale und moralische Ordnung"* (O. H. Mowrer: *"Freudiamism, behaviourtherapy and self-disclusue"*, Behav. Reg. Ther., 1964).

Die Aversionstherapie kommt bei einer Vielzahl von problematischem Verhalten zur Anwendung. Dazu gehören beispielsweise

- sexuell unerwünschtes Verhalten wie Homosexualität (gleichgeschlechtliche Liebe), Fetischismus (sexuelle Fixierung auf unbelebte Gegenstände), Pädophilie (Sexualität an Kindern), Promiskuität (häufiger Geschlechtsverkehr mit unterschiedlichen Partnern), Nymphomanie (gesteigertes Verlangen von Mädchen und Frauen nach möglichst viel Geschlechtsverkehr) usw.,
- Suchtverhalten wie Alkoholismus, Drogenkonsum, Rauchen, Spielsucht usw.
- Spezifische Normverletzungen wie Kleptomanie (pathologisches Stehlen), Schwarzfahren, Sachbeschädigungen usw.,

- Persönlichkeitsstörungen wie Streitsucht, Fanatismus, Querulantentum, Größenwahn, mangelnde Anpassungsfähigkeit, Unbeherrschtheit, Geltungssucht usw., Antisozialität (früher: asoziales Verhalten wie Gereiztheit und körperlich aggressives Verhalten, Nicht-bezahlen von Schulden, Rücksichtslosigkeit, allg. Störung des Sozialverhalten usw.), Borderline-Störung.

Desweiteren wird Aversionsverfahren generell bei sog. „Problem-Jugendlichen“ empfohlen. Solche etikettierten Jugendliche fallen durch folgende Verhaltensweisen auf:

- Oppositionelle Aufsässigkeitsstörung (Oppositional Defiant Disorder),
- Depression,
- Aufmerksamkeitsstörung (Attention Deficit Disorder),
- Missachtungen / Trotzhandlungen (defiance),
- schlechter Freundeskreis (negative group of friends),
- außer Kontrolle geratenes Verhalten (out of control behavior),
- unkontrollierbare Wut (uncontrollable anger),
- selbstmörderische Neigungen (suicidal tendencies),
- heimliches Herausgehen in der Nacht (sneaking out at night),
- Drogenmissbrauch (substance abuse),
- Gefühl von Verzweiflung (feelings of despair),
- Schule schwänzen (issues failing in school),
- emotionale Probleme (emotional problems),
- Aggressionen,
- Mangel an Respekt (lack of respect),
- die Weigerung Regeln zu befolgen (refusing to follow rules),
- Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität (attention deficit hyperactivity disorder),
- kleinere gesetzliche Probleme (minor legal problems),
- von der Schule verwiesen (expelled from school),
- Weglaufen (running away),
- keine Freunde – „Einzelgänger“ (no friends "a loner"),
- Teenager in der Krise (teens in crisis),
- Mangel an Disziplin (lack of discipline),
- Schwangerschaft einer Heranwachsenden (pregnant teen),
- Mangel an Selbstkontrolle (lack of self control),
- plötzliche Zornesausbrüche (sudden outbursts),
- Mangel an Motivation (lack of Motivation).

1.3. Aversive Reize

"Der Einsatz von Elektroschocks als Bestrafung bei Menschen ist sehr umstritten, aber um gerecht zu sein müssen die aversiven Aspekte dieses Verfahrens gegen die negativen Konsequenzen abgewogen werden, die entstehen, wenn die Bestrafungsmethode nicht angewandt wird" (Heinrich Heine Universität, Institut für Experimentelle Psychologie, Seminarunterlagen Allgemeine Psychologie I: *"Lernen"*, Düsseldorf).

Der Elektroschock, also schmerzhafte elektrische Schläge, die dem Klienten über Elektroden auf seiner Haut zugefügt werden, gilt als das bevorzugte aversive Stimuli. Aber es gibt ein ganzes Arsenal von aversiven Möglichkeiten, die laut Fachliteratur bei Klienten angewendet werden wie:

- Schläge (körperliche Züchtigungen) mit dafür vorgesehenen Instrumenten (Peitschen, Stöcke usw.),
- An den Haaren ziehen,
- Isolierung in gekachelten, abgeschlossenen und engen Einzelzellen (sog. *"get right"* rooms),
- Isolierung in einem Wandschrank oder in einem Kasten,
- Fesselungen (5-Punkte-Fesselung auf einem Bett oder einem Stuhl, Anlegung einer Zwangsjacke in Kombination mit Fußfessel etc.),
- Plazierung in einer Wanne mit kalten Wasser oder kaltes Duschen,
- Essensentzug,
- Schlafentzug,
- Zwangsübungen,
- Die Augen verbinden (Sichtblockierung),
- Unangenehmer Lärm
- chemische Mittel zur Erzeugung von Übelkeit und Erbrechen wie z.B. Apomorphin,
- aversive Gerüche, aversiver Geschmack,

Die genannten aversiven Reize haben eines gemeinsam: Sie bereiten physische Schmerzen. Was auch der Sinn des Ganzen ist.

1.4 Anstaltsbehandlung

In der Regel erfolgt die Aversionstherapie zunächst in einer psychiatrischen Anstalt, meist verbunden mit der geschlossenen Unterbringung (isolierte Unterbringung in einem abgeschlossenen Raum) des Patienten. Dabei ist die ‚Klassische Konditionierung' das Mittel der Wahl.

Die Behandlung erfolgt in einem dafür vorgesehenen Behandlungsraum. Beispiel: Die Behandlung von Homosexuellen: Laut *National Association for Research and Treatment of Homosexuality* (USA) werden dazu homosexuelle Patienten in diesen Raum gebracht, müssen sich vollkommen entkleiden, um dann auf einen Stuhl geschnallt zu werden, der vor einer Leinwand steht. Elektroden werden an den Genitalien befestigt und sodann auf der Leinwand Bilder von Männern und Frauen gezeigt. Immer dann, wenn der Patient erregt ist von einem Bild mit einer gleichgeschlechtlichen Person, erhält er starke schmerzhafte elektrische Schläge am Geschlechtsteil. Damit sollen die Schmerzen mit der unerwünschten sexuellen Gesinnung assoziiert und somit eliminiert werden.

Zwar wird in der Literatur auch die Anwendung des Operanten Konditionierens bzw. des Bestrafungsverfahrens während der Anstaltsunterbringung diskutiert, in dem dort unerwünschtes Verhalten mit Sanktionen geahndet werden. Auf Grund der genannten geschlossenen Unterbringung dürften die unerwünschten Verhaltensweisen, die zu therapieren sind, aber kaum auftreten.

Das gilt nicht, wenn sich der Patient während der geschlossenen Unterbringung unerwünscht verhält oder er unkooperativ ist. Hier kommen Bestrafungen durchaus in Anwendung beispielsweise dann, wenn Anordnungen nicht befolgt werden, keine oder unerwünschte Antworten gegeben werden oder das Anstaltspersonal beleidigt wird. Solches unakzeptable Verhalten wird mit aversiven Reizen in der Anstalt sanktioniert, obwohl oft oder auf den ersten Blick überhaupt keine Verbindung zu dem zu therapierenden Verhalten besteht. Die Sanktionierung wird aber damit begründet, dass jedes schädliche oder unerwünschte Verhalten im ursächlichem Zusammenhang mit dem zu behandelnden (indizierten) Verhalten korrespondieren könne und es daher nur konsequent wäre, immer zu bestrafen.

Wichtig ist, wie diverse Studien belegen, dass sehr starke, also äußerst schmerzhafte Strafstimuli zum Einsatz kommen müssen, um eine erfolgreiche Therapierung zu gewährleisten. Daher – wie oben bei der Behandlung eines Homosexuellen geschildert – ist es meist auch notwendig, den Klienten zum Vollzug der Behandlung zu fesseln.

Ziel der Behandlung ist es, dass beim Klienten eine gedankliche Kopplung seines Fehlverhaltens mit den Schmerzen, die ihm zugefügt werden, entsteht. Dazu müssen in mehreren Dutzend Sitzungen über Wochen hinweg Hunderte, wenn nicht gar Tausende von Kopplungen des Fehlverhaltens mit aversiven Reizen erfolgen.

2. Aversionstherapie in der Praxis

Hier werde ich nun beschreiben, wie die beiden mir persönlich bekannten Verhaltenstherapeuten ihre Klienten behandeln. Wie bereits ausgeführt, hatte ich beim Schweizer Therapeuten die Gelegenheit, einigen Behandlungen persönlich beizuwohnen.

2.1 Zuführung

Zum Therapeuten in der Schweiz kommen verhaltensauffällige Personen hauptsächlich auf Druck von Familienmitgliedern, Arbeitgebern und der Justiz, aber auch von Ärzten und Psychiatern. Den debilen Menschen wird dabei oftmals sehr massiv nahegelegt, sich der Therapie zu unterziehen, andernfalls sie mit weitaus schlimmeren Konsequenzen zu rechnen hätten wie Arbeitsplatzverlust, Bestrafungen durch Gerichte, Trennung (Scheidung) vom Partner, offizielle Einweisung in eine „geeignete Anstalt“ im Rahmen des Fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE). In der Regel behandelt der Verhaltenstherapeut Erwachsene im Alter vom 20. bis etwa zum 45. Lebensjahr.
Sein USA-Kollege behandelt in der Regel Jugendliche und junge Erwachsene, die zum Einen von den Eltern und zum Anderen auf Druck von Schule, Kirchen, Ärzten oder erzieherischen Beratungsstellen der Behandlung zugeführt werden. Das Alter der zu behandelnden Personen liegt hier in der Regel zwischen dem 13. und 27. Lebensjahr. Juristisch unproblematisch ist in den USA die Zuführung von Minderjährigen durch die jeweiligen Erziehungsberechtigten. Bei Volljährigen wird – wie in der Schweiz – ebenfalls massiven Druck ausgeübt und bei Unkooperation mit einer zwangsweisen Unterbringung (involuntary commitment) gedroht.

2.2 Unterbringung

Beide Therapeuten sind in der Lage, jeweils zwei Klienten in ihren eigenen Häusern unterzubringen und zu behandeln.

Untergebracht und behandelt werden die debilen Personen in der Schweiz in einem Kellerkomplex eines rund 150jährigen alten Hauses. In zwei ausgebauten, fensterlosen Räumen, die einfachen Krankenzimmern von psychiatrischen Anstalten ähneln, sind die verhaltensauffälligen Personen einzeln und geschlossen untergebracht. Andere Räume dienen der Therapie, Untersuchung usw. bzw. den sanitären Bedürftigkeiten der Insassen.

In den USA hat der dortige Therapeut auf seinem weitläufigen Anwesen ein neues, aber einfaches, schmuckloses eingeschossiges Gebäude errichtet, in dem die Debilen ebenfalls in psychiatrieähnlichen Krankenzimmern eingesperrt werden. Weitere Räumlichkeiten dienen dem gleichen Zweck wie bei seinem Schweizer Kollegen.

Neben dem jeweiligen Therapeuten steht diesen Personal, das sie überwiegend aus der eigenen Familie rekrutiert haben, zur Verfügung.

2.3. Schutzmaßnahmen

Viele der Klienten sind unkontrollierbar bzw. schaden sich mit ihrem Verhalten selbst oder anderen. Beide Therapeuten haben daher in Übereinstimmung bestimmte Maßnahmen zum Schutz des Klienten selbst und zum Schutz von Personal, Mitklienten und Gegenständen festgelegt, wozu insbesondere - wie bereits unter 2.2. „Unterbringung“ erwähnt - die Unterbringung in von außen abschließbaren Anstaltszimmern gehört. In den Räumen sind zudem Vorrichtungen angebracht, mit deren Hilfe die Klienten gefesselt werden können. Außerdem werden sie über eine Kamera, die sich in dieser Zelle befindet, überwacht.

Beide Therapeuten sind auf Grund personeller Gründe natürlich nicht in der Lage, eine allumfassende Kontrolle des Klienten, wie dies bei einer geschlossenen Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt möglich ist, zu gewährleisten. Daher werden die Klienten insbesondere dann, wo eine Kontrolle aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist (Nächte, Samstage, Sonn- und Feiertage etc.), ans Bett oder auf einen Stuhl geschnallt. Auch bei der Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen werden die Klienten in der Regel gefesselt.
Weitere Schutzmaßnahmen sind das Anlegen einer Zwangsjacke, in der Regel in Kombination mit Fußfesseln, das Verbinden der Augen sowie die Anlegung eines Mundknebels. Aus Gründen der Hygiene werden die Klienten während den Fesselungsperioden nackt gehalten und ihnen dabei Windeln angelegt.

Der Klient und sein Zimmer kann jederzeit durchsucht werden. Dazu kann der Klient vollkommen entblößt werden.

Auch kann gegen einen Klienten sog. „Unmittelbarer Zwang“ angewendet werden, wenn dies zur Durchführung der Unterbringung, Untersuchung und Behandlung oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung notwendig ist. In der Regel sind damit Schläge mit entsprechend dafür vorgesehenen Instrumente (Schlagstöcke etc.) gemeint.

2.4 Therapie

Wesentliches Ziel der Unterbringung ist natürlich die Eliminierung des unerwünschten Verhaltens, verbunden mit der Anpassung an gesellschaftliche Normen oder aber an vorgegebene Normen innerhalb sozialer Gruppen wie Familien, Arbeitgebern, Organisationen, religiöse Gruppierungen usw.

Im Rahmen der „Klassischen Konditionierung“ (Therapeutische Maßnahmen) wird die gedankliche Kopplung des Fehlverhaltens mit aversiven Reizen = körperlichen Schmerzen erreicht, was zur Eliminierung des Fehlverhaltens führt. Wie schon ausgeführt, müssen dazu in mehreren dutzenden von Sitzungen über Wochen hinweg Hunderte, wenn nicht gar Tausende von Kopplungen des Fehlverhaltens mit aversiven Reizen erfolgen.

Die „Operante Konditionierung“ (Bestrafungsmaßnahmen) gelangen dann zur Anwendung, wenn der Klient unerwünschtes Verhalten zeigt oder aber unkooperativ (z.B. keine oder unerwünschte Antworten, Unbeherrschtheit, Beleidigungen, Uneinsichtigkeit usw.) ist. Auch diese

Maßnahmen sind Teil der verhaltenstherapeutischen Behandlung und sind daher nicht als Strafe im Sinne von disziplinarischen Maßnahmen anzusehen.

Beide Therapeuten verwenden ein großes Spektrum aus dem vielfältigen Arsenal der in der Fachliteratur diskutierten Maßnahmen. Nach dem beide Verhaltenstherapeuten eng zusammenarbeiten und sie sich ständig austauschen, verwundert es nicht, dass sie überwiegend vergleichbar arbeiten und daher die gleichen Maßnahmen anwenden.

Therapeutische Maßnahmen (‚Klassische Konditionierung')

Als bevorzugtes therapeutisches Mittel applizieren beide Therapeuten
- Elektroschocks,
- Zwangsübungen.

Bestrafungsmaßnahmen (‚Operante Konditionierung')

Hier gelangen zur Anwendung:
- Schläge (körperliche Züchtigungen) mit dafür vorgesehenen Instrumenten (Peitschen, Stöcke usw.),
- Isolierung in sog. „get right" rooms (gekachelte, abgeschlossene und engen Einzelzellen)
- An den Haaren oder Ohren ziehen,
- Fesselung in unbequemen Stellungen,
- Essenentzug.

Maßnahmen, die sowohl bei der klassischen als auch bei der Operanten Konditionierung Anwendung finden:

- Plazierung in einer Wanne mit kalten Wasser oder kaltes Duschen,
- Schläge in das Gesicht (mit der flachen Hand auf Backen und Hinterkopf).

2.5 Durchführung

2.5.1 Klassische Konditionierung

Zunächst beginnt der Therapeut mit der Beurteilung des Problems wie die Häufigkeit, die Schwere und das Umfeld, bei dem das unerwünschte Verhalten auftritt. Dazu wird der Klient einer intensiven Befragung unterzogen. Schon hierbei muss der Klient kooperativ sein, ansonsten er Bestrafungen (siehe oben „Bestrafungsmaßnahmen") riskiert. Auch werden eventuell vorhandene (Befund-)Berichte von Kollegen und Sicherheitsorganen wie Polizei etc. ausgewertet.

Sodann bestimmt der Therapeut die zur Anwendung gelangenden Maßnahmen im Rahmen der „Klassischen Konditionierung. Im Folgenden beschreibe ich diese Maßnahmen bei drei unterschiedlichen Verhaltensstörungen:

Fall 1 – Männlicher Jugendlicher (Alter 17 Jahre)

Diagnose: Pädophilie

a) Elektroschock-Behandlung. Der entblößte und mit einem Mundknebel versehene Klient wird auf einen Stuhl, der vor einer Leinwand steht, geschnallt. Zwei Elektroden sowie ein penialer Plethysmograph, der mit einem Computer verbunden ist und die sexuelle Erregung der Klienten misst, werden an seinem Penis befestigt. Auf der Leinwand werden ihm Fotos mit kinderpornografischen Abbildungen gezeigt. Immer dann, wenn sein Penis „unpassende“ Erregungen zeigt, erhält er jeweils einen äußert schmerzhaften elektrischen Schlag von rund 5 Sekunden. Anwendung: Täglich eine Stunde.
b) Plazierung in einer Wanne mit kaltem Wasser. Schon während der intensiven Befragung (s.o.) musste der Klient seine sexuellen Phantasien aufschreiben. Zur eigentlichen Behandlung wird der Klient nackt in eine Wanne mit kaltem Wasser geschnallt und ihm immer wieder über ein Tonband seine Aufschreibungen vorgelesen. Anwendung: Täglich zwei Stunden.

Fall 2 – Männlicher Erwachsener (Alter 47)
Diagnose: Borderline-Persönlichkeitsstörung

a) Elektroschock-Behandlung. Auch dieser Klient wird entblößt, aber ohne Mundknebel, auf den Behandlungsstuhl fixiert. Elektroden werden an seinen Schläfen befestigt. Im Rahmen von Einzelgesprächen ruft der Therapeut jeweils eine unkontrollierte Aggression oder einen Zornesausbruch des Klienten, der diese während der intensiven Befragung (s.o.) berichten musste, auf und fügt ihm dabei schwere Stromschläge zu. Anschließend werden dem Klienten Fragen zu dem jeweiligen unerwünschten Verhalten gestellt, wobei ihm vom Therapeuten bei Unkooperationen (z.B. keine oder unerwünschte Antworten, Unbeherrschtheit, Beleidigungen, Uneinsichtigkeit usw.) schmerzhafte Elektroschocks zugefügt werden. Anwendung: Täglich zwei Stunden.
b) Zwangsübungen. Auf entsprechendes Kommando des Therapeuten, auch was Anzahl und Schnelligkeit der jeweiligen Übung betrifft, muss der entblößte Klient diverse Gymnastikdisziplinen wie Kniebeugen, Liegestützen, Rumpfbeugen, Auf Händen und Füßen gehen usw. ausüben. Diese Übungen werden vom Therapeuten und meist einer weiteren Person überwacht, in dem der Klient bei Nachlässigkeiten usw. korrigiert wird, auch unter Zuhilfenahme eines geeigneten Züchtigungsinstrumentes. Anwendung: Zwei Mal pro Woche jeweils rund 60 Minuten.

Fall 3 – Weibliche Jugendliche (Alter 14)
Diagnose: Drogenmissbrauch (Nikotin)

a) Elektroschock-Behandlung. Das Mädchen wird entblößt auf den Behandlungsstuhl fixiert und ein Mundspreizer, der den Mund offen hält, befestigt. Die Elektroden werden an ihrer Zunge befestigt. Ein Schlauch wird in den Mund eingeführt. Über diesen Schlauch werden dem Mädchen Nikotingerüche in den Mund zugeführt, wobei sie gleichzeitig schmerzhafte elektrische Schläge an der Zunge erhält. Anwendung: Täglich eine Stunde mit rund 120 Schocks.

b) Schläge auf die Backen. Das Mädchen wird wiederum auf den Behandlungsstuhl fixiert. Über ein Tonband wird ihr ein rund 10-minütiger Vortrag über die Schädlichkeit des Rauchens vorgespielt. Anschließend erhält sie 12 Schläge mit der flachen Hand auf ihre Wangen. Diese Abfolge wird sodann fünfmal wiederholt. Anwendung: Zwei Mal pro Woche jeweils 60 Minuten mit insgesamt 72 Schlägen auf die Wangen.

2.5.2 Operante Konditionierung

Wie bereits oben beschrieben („1.4 Anstaltsbehandlung"), ist Teil der Behandlung auch die Bestrafung von unerwünschtem, unkooperativem und ähnlichem Verhalten von Klienten, das sie im Anstaltsleben zeigen, was als „Operante Konditionierung" bezeichnet wird. Da die als Bestrafung titulierte Maßnahme ein wesentlicher Bestandteil der Therapie ist, kann sie daher nicht als ein Mittel im Sinne von disziplinarischen Strafen angesehen werden. Wegen der theoretischen Begründung der bei der „Operanten Konditionierung" zur Anwendung gelangenden Maßnahmen siehe ebenfalls „1.4 Anstaltsbehandlung".

In der Regel werden die Klienten körperlich gezüchtigt. Zur Anwendung gelangen bei beiden Therapeuten der Rohrstock für Hintern sowie hintere und vordere Schenkel und für den Rücken das Martinet, eine aus Frankreich stammende Riemenpeitsche, die dort auch in der heutigen Zeit immer noch zur Bestrafung des Nachwuchses benutzt wird. Die Klienten müssen sich zum Vollzug der Maßnahme nackt über einen „Züchtigungsbock", der mit Anschnallvorrichtungen versehen ist, legen.
Auch Ohrfeigen gehören zum Repertoire. Dabei wird aber nicht auf die Ohren, sondern mit den Handflächen auf die Wangen des Klienten geschlagen.

Die Isolierung in einem „get right" room ist eine weitere wesentliche Maßnahme der Operanten Konditionierung. Es handelt sich dabei um eine von außen abgeschlossene, gekachelten, fensterlose, dunkle und unmöbilierte Zelle im Ausmaß von ca. 150x80 cm, in denen die Klienten vollkommen entblößt eingesperrt werden.

Die Fesselung in unbequemen Stellungen wird ebenso praktiziert. Beispiele:
- Mit nach oben gestreckten Armen wird der Klient an einen Deckenhaken gebunden.
- Mit hinter seinem Rücken gebundenen Händen werden die Arme des Klienten hochgezogen und ebenfalls an einen Deckenhaken befestigt.
- Die Hände und die Füße des auf dem Bauch liegenden Klienten werden auf seinem Rücken zusammengebunden.

Desweiteren gelangen Essensentzug in Kombination mit Sondenernährung, Schlafentzug, das Duschen mit kaltem Wasser und die Platzierung in einer Wanne mit kaltem Wasser sowie an den Haaren oder Ohren ziehen zur Anwendung

2.6. Beendigung

Diverse Untersuchungen beider Therapeuten haben nachgewiesen, dass die oben geschilderten Behandlungsmaßnahmen erst bei einer Dauer von mindestens einem halben Jahr zu befriedigenden und nachhaltigen Ergebnissen geführt haben. Bei einer Therapiedauer von

unter einem halben Jahr war die „Rückfallquote“ äußerst hoch, sodass sich jeder Klient mindestens ein halbes Jahr der Behandlung zu unterziehen hat.

Nach einem halben Jahr Unterbringung und Behandlung wird das Verhalten und der Grad der Einsichtsfähigkeit des Klienten vom Therapeuten und dem dafür ausgewählten Anstaltspersonal bewertet. Danach entscheidet der Therapeut, ob die Behandlung fortgeführt werden muss oder ob der Klient entlassen werden kann. Bei einer notwendigen Fortführung der Behandlung erfolgt dann alle zwei Monate eine Prüfung, ob eine Entlassung indiziert ist.

3. Schlussfolgerung

Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Aversionstherapie“ lässt positive Antwortansätze auf die Frage: „Wie sinnvoll und erfolgreich ist Aversionstherapie zur Besserung von unerwünschtem Verhalten“ finden. Die Therapie kann durchaus einen positiven Einfluss auf verhaltensauffällige Menschen haben. Viele der dargestellten Grundgedanken sind sinnvoll und logisch. Folgerichtig konnten Studien einen positiven Einfluss von strafenden Methoden auf das Verhalten von Menschen belegen.

Anlässlich eines konkreten Beispiels, in dem ein verhaltenstherapeutisch arbeitender Psychologie eine Art ‚Viehstock‘ benutzte, um einen Jungen durch elektrische Stromschläge dazu zu bringen, unerwünschtes Verhalten aufzugeben, sah APA - Committee on Scientific and Professional Ethics and Conduct (CSPEC) - in dieser Behandlung mit dem „Schockstock“ keine Verletzung ethnischer Prinzipien (Renate Hutterer-Krisch: „Grundriss der psychologischen Ethik“, Wien 2007).

Zusammenfassend komme ich zum Schluss, dass die Grundgedanken der Aversionstherapie nebst geschlossener Unterbringung (in der Funktion als Erziehungs- und Besserungsanstalt) durchaus sinnvoll ist. Daher finde ich es für richtig, wenn diese Therapie eine weitere Verbreitung finden würde.