

**Teil I Werteorientiertes Leben:
Die Überwindung kognitiver Barrieren**

»Aufgeschlossene sehen die Wahrheit in unterschiedlichen Dingen; Engstirnige sehen nur die Unterschiede.«
Unbekannt

Im Tierreich sind wir Menschen einmalig, da wir die Fähigkeit zum Leiden besitzen, selbst wenn es uns körperlich gut geht, wir genug zu essen haben und uns nicht in Lebensgefahr befinden. Wir haben auch die einmalige Fähigkeit, einander weh zu tun. Wir führen Krieg, morden oder – etwas banaler – sagen anderen schmerzhaft Dinge und streiten uns heftig. Demzufolge fühlen wir uns manchmal einsam, wütend, traurig und haben Angst vor Nähe. Es fällt uns oft schwer, authentische, vertrauensvolle Beziehungen zu führen.

Es gibt jedoch etwas in unserer Menschheitsgeschichte, das uns hoffen lässt. Für jeden Akt der Niedertracht können wir eine edle Tat finden. Wir wissen von Akten der Großzügigkeit, Barmherzigkeit und Aufopferung. Wir wissen, dass wir in der Lage sind, unseren Idealen gerecht zu werden. In diesem Buch geht es grundlegend darum, Menschen (uns eingeschlossen) zu helfen, ein vitales und sinnvolles Leben zu führen.

1.1 Die Notwendigkeit der Integration

Heutzutage werden Therapeuten mit einer verwirrenden Anzahl an Techniken konfrontiert, um Menschen zu helfen. Es gibt verhaltensorientierte Techniken wie Shaping, Exposition und Kontingenzmanagement. Es gibt kognitive Strategien wie Disputation, Umstrukturierung, Problemlösungsstrategien und kognitives Fertigkeitstraining. Außerdem gibt es eine neue Welle von Therapien, die Techniken wie Achtsamkeit, Paradoxie, Yoga, Konfusion, Sprechgesang und Atemübungen anwendet. Es gibt hunderte unterschiedliche Therapien und wohl tausende unterschiedliche Techniken.

Wie bestimmen wir die beste Methode, Menschen zu helfen? Eine Möglichkeit besteht darin, eine einzige, empirisch gestützte Therapie zu wählen und diese ausschließlich anzuwenden. Leider könnten dabei andere brauchbare Techniken ausgeschlossen werden. Eine weitere Strategie ist es, »eklektisch« zu handeln und Techniken aus einer Reihe von Therapien auszuwählen, die nützlich erscheinen und zumindest teilweise empirisch gestützt sind.

Es ist jedoch problematisch, wenn wir uns auf die eher technische Ebene der Therapien konzentrieren (Hayes, Strosahl & Wilson, 2004). Stellen Sie sich diese Ebene ein wenig wie ein Kochbuch (oder wie ein Therapiehandbuch) vor. Im Buch steht, was beim jeweiligen Leiden zu tun ist. Es ist sehr präzise. Dennoch hat es praktische

Nachteile, wenn man sich nur auf Techniken konzentriert, anstatt sich von Philosophie und Theorie leiten zu lassen (Hayes et al., 2004). Wenn wir nur eine Reihe von Techniken kennen, um z. B. Depressionen zu behandeln, dann haben wir erstens bei einer Konfrontation mit einem neuen Problem keine Wissensbasis. Vielleicht wird eine andere Reihe von Techniken benötigt. Zweitens haben wir wenig Möglichkeiten, neue Techniken zu erfinden, wenn sie nicht im Therapiehandbuch stehen. Drittens laufen wir Gefahr, Techniken auf unstrukturierte und inkohärente Weise anzuwenden. Beispielsweise könnten einige Techniken mit anderen nicht vereinbar sein.

1.2 Wo kommen wir her, wo gehen wir hin?

Ein Großteil des Buches befasst sich damit, Therapeuten zu helfen, Techniken aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) höchst kohärent und effektiv anzuwenden. Bevor wir uns jedoch den Einzelheiten zuwenden, möchten wir kurz einen Schritt zurückgehen und uns ansehen, woher ACT und KVT kamen.

Wir sind alle Teil eines historischen Kontexts. Wir haben gelernt, die Welt auf eine bestimmte Art zu sehen und entsprechende Vermutungen anzustellen. Obwohl es nicht einfach ist, aus dem historischen Kontext auszusteigen, besteht eine potenzielle Möglichkeit des Aussteigens darin, die historischen Kräfte zu verstehen, die zu diesem Moment geführt haben (obwohl auch dieses Verständnis von historischen Kräften abhängig ist). Therapien können grob in drei Wellen eingeteilt werden (Hayes, 2004; Heidenreich, Michalak & Eifert, 2007): behavioristisch, kognitiv und auf Achtsamkeit beruhend.

Die erste Welle: Die Behavioristen

Vor der Verhaltensforschung hatte die Freudsche Psychotherapie einen starken Einfluss auf die Klinische Psychologie. Selbstbeobachtung war die Hauptmethode und locker auf wissenschaftlichen Prinzipien beruhende Theorien waren nur schwer prüfbar. B. F. Skinner und andere Behavioristen revolutionierten die angewandte Psychologie und unterwarfen sie wissenschaftlichen Methoden (Skinner, 1950; Watson, 1913). Sie betrieben rigorose und kontrollierte Studien, um die Hauptmethoden der Verhaltensbeeinflussung zu untersuchen (Catania, 1998). Zu diesen Methoden gehören klassische Konditionierung, Shaping, Verstärkungspläne, Löschung und Exposition. Es ist unwahrscheinlich, dass ein erfahrener Therapeut sich weit von behavioristischen Prinzipien entfernen kann, da diese sich als effektiv erwiesen haben. So wurde beispielsweise vor der Verhaltensforschung oft angenommen, dass es Jahre dauern könnte, um Phobien zu heilen. Die Anwendung von auf der Verhaltensforschung basierenden Methoden zeigte dann, dass Phobien oft in nur wenigen Sitzungen Expositionstherapie geheilt werden können. Dies muss vielen wie ein Wunder erschienen sein.

Sowohl KVT als auch ACT machen ausgiebig Gebrauch von behavioristischen Prinzipien. Da diese Prinzipien einen Hauptteil der Beschreibung von KVT und ACT darstellen, befinden sich im Anhang einige der wichtigsten verhaltenstherapeutischen Erkenntnisse (s. Anhang B) als kleiner Auffrischkurs zu dem Thema.

Trotz ihres enormen Erfolges nahm die Popularität der traditionellen Verhaltenstherapie schließlich ab und wurde von einigen Forschern sogar als »tot« bezeichnet (Pinker, 1994, 2002). Eine Reihe von Faktoren führte zu dieser Schlussfolgerung: erstens wurde behauptet, dass Sprachprozesse nicht vom Behaviorismus erklärt werden konnten, da er sich nicht mit internen, unbeobachtbaren Vorgängen befasst (Chomsky, 1959, 1965; Pinker, 1994). Zweitens interessierte man sich für komplexe kognitive Prozesse wie Einsicht, Problemlösung und Denken. Der Behaviorismus, mit seiner Betonung des Beobachtbaren, schien keine klare Anghensweise für diese Prozesse zu haben. Drittens glaubte (und glaubt) man, dass der Behaviorismus nicht breit genug angelegt war, d. h. er war »zu komplex« und verlangt »zu viele Details«, um den Verstand wirksam zu beschreiben. Beispielsweise argumentieren David und Szentagotai (2006), dass Behavioristen bei jedem Versuch der Verhaltensklärung nach einer spezifischen Reihe von historischen Eventualitäten suchen müssen. Dies muss bei jeder von tausenden Verhaltensweisen geschehen. Um zum Beispiel einen Erinnerungsbias zu beschreiben, der von Schemata-bedingter Verarbeitung hervorgerufen wurde (d. h. sich an schemakonsistente Informationen besser zu erinnern als an schemainkonsistente Informationen), müssten Behavioristen die besondere Geschichte der Eventualitäten untersuchen, die mit den Items in einem Gedächtnistest assoziiert werden. Um zu erklären, warum deprimierte Menschen dazu neigen, sich eher negative als positive Informationen über ihre Beziehungen zu merken, müsste der Behaviorist praktisch die Geschichte eines jeden Stückchens erinnerter Information kennen. Demgegenüber formuliert der kognitive Psychologe ein »depressionogenes Schema«, und dieses eine Konstrukt kann ein breites Spektrum an Verzerrungen erklären.

Unabhängig davon, wie korrekt diese Kritik sein mag (s. MacCorquodale, 1970), hatte sie dennoch einen starken Einfluss auf die Psychologie, indem sie die Popularität des Behaviorismus verringerte und die Ära der kognitiven Revolution einleitete. Dennoch bleibt der Behaviorismus ein zentraler Teil der angewandten Psychologie. Seine Prinzipien werden in den meisten Therapien angewandt (z. B. Exposition und Shaping in der KVT). Es hat sich auch erwiesen, dass sie durchaus ausreicht, um bestimmte Probleme zu behandeln, wie etwa Verhaltensaktivierung bei Depressionen (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). Außerdem führte die Verhaltensforschung zur Entwicklung neuer Techniken (z. B. interozeptive Exposition; Barlow, 2002). Der Behaviorismus ist nicht tot, er wurde nur von der kognitiven Revolution geschluckt.

Die zweite Welle: Die kognitive Revolution und KVT

Eine Hauptidee der kognitiven Revolution bestand darin, durch das Studium, die Entwicklung und den Einsatz erfolgreicher Prozesse der Informationsverarbeitung

mehr über menschliche Denkvorgänge zu erfahren. Der Computer wurde so zu einem Bild dafür, wie Menschen denken und sich verhalten. Demnach erhalten Menschen informatorisches »Input« aus der Umwelt, verarbeiten es auf gewisse Weise und erzeugen dann gewisse Leistungen (Osherson & Lasnik, 1990), wobei die Theorien natürlich subtiler und komplexer sind, als in dieser Beschreibung dargestellt. Die kognitive Psychologie beruht auf folgenden Hauptideen:

- ▶ Eine *Repräsentation* ist ein hypothetisches internes kognitives Symbol, das die externe Wirklichkeit darstellt.
- ▶ *Berechnung* bezieht sich auf die Verwandlung der Repräsentationen in andere Repräsentationen auf regelgeleitete Weise (David & Szentagotai, 2006).
- ▶ *Modularität* bezeichnet die Annahme, dass der Verstand aus einer Reihe interagierender, spezifischer Teilsysteme besteht, mit begrenztem Fluss von Informationen und Austausch zwischen den Teilsystemen (Fodor, 1983).

Die kognitive Revolution hatte einen dramatischen Einfluss auf angewandte Psychologen, sowohl auf die Art, wie sie über Menschen nachdachten, als auch in ihrer Ablehnung des traditionellen Behaviorismus. Aaron Beck stellte 1976 die herausfordernde Frage »Kann es eine gerade neu aufgekommene Psychotherapie [KVT] mit den Giganten des Forschungsfeldes – Psychoanalyse und Verhaltenstherapie – aufnehmen?« (S. 333). Und so begann man, die KVT für etwas radikal anderes zu halten als die traditionelle Verhaltenstherapie.

Dem kognitiven Modell der Psychopathologie zufolge ist für die Behandlung psychologischer Störungen kognitive Veränderung von zentraler Bedeutung (A. T. Beck, 1970; DeRubeis, Tang & Beck, 2001; Longmore & Worrell, 2007). Die KVT unterscheidet sich von anderen therapeutischen Ansätzen dadurch, dass Therapeut und Patient bei der Identifikation von verzerrten Kognitionen und maladaptiven Überzeugungen kollaborieren, die dann logisch analysiert und empirisch getestet werden. Ziel ist es, Klienten zu helfen, ihr Denken wieder mit der Realität in Einklang zu bringen (Clark, 1995).

Es gibt eine große Auswahl an kognitiv-therapeutischen Ansätzen, die mit Autoren wie Beck und Beck (A. T. Beck, 1976; J. S. Beck, 1995), Clark (1995), Ellis (2001), Meichenbaum (1985), Young (Bricker, Young, & Flanagan, 1993), Wells (1997) und vielen anderen (s. auch Cormier & Cormier, 1998) assoziiert werden. Es ist schwierig, diese Ansätze als Gruppe zu behandeln, denn trotz einiger Gemeinsamkeiten gibt es enorme Unterschiede zwischen all diesen Auffassungen. Darüber hinaus entwickeln und verändern sich die verschiedenen Herangehensweisen ständig. Daher konzentriert sich der Überblick in diesem Abschnitt auf die Gemeinsamkeiten dieser Ansätze und betont die Therapieelemente, die charakteristisch für die zweite Welle sind, obwohl sich die neueste Version von KVT bereits von einigen Aspekten ihrer Vorgänger unterscheidet.

David und Szentagotai (2006) haben einen Überblick über die verschiedenen KVT-Modelle zusammengestellt und einen Rahmen geschaffen, um sie zu vereinheitlichen. Dieser Rahmen wird in Tabelle 1.1 dargestellt.

Tabelle 1.1 Ein kognitives Modell menschlicher Gefühle und Verhalten
(nach David & Szentagotai, 2006)

Schritt der Informationsverarbeitung	Beschreibung	Interventionen
Schritt 1: Reiz	Alles, was die Aktivität der Sinnesorgane beeinflussen kann.	Dieses Stadium geht der Kognition voraus. Reize können durch eine Veränderung der Umwelt (z. B. Lärm reduzieren) gezielt erreicht werden.
Schritt 2: Input und Auswahl	Menschen richten ihre Aufmerksamkeit selektiv auf bestimmte Reize und ignorieren andere. Diese Stufe befasst sich mit perceptueller Abwehr.	Interventionen zur Eliminierung von vorgeprägten Aufmerksamkeitstendenzen (Mathews, 2002).
Schritt 3: Wahrnehmung und symbolische Repräsentation des Reizes	Beinhaltet »Definitionen« (oder Wahrnehmung) und Beschreibungen (symbolische Repräsentation des Reizes).	Keine
Schritt 4: Nicht-evaluative Interpretation der symbolischen Repräsentation des Reizes	Es werden Schlüsse zu den unbeobachteten Aspekten des wahrgenommenen Reizes oder zu den eigenen Gedankenbildern gezogen.	Interventionen, die die Entwicklung neuer Attribute, neuer antizipierter Ergebnisse, neuer Erwartungen und vorsichtigeres logisches Denken fördern (D’Zurilla & Nezu, 1999; Beck, 1995).
Schritt 5: Evaluative Interpretation der verarbeiteten Reize	Reize werden eingeschätzt.	Interventionen, die die Überzeugung in Frage stellen, dass einige Dinge »furchtbar« oder »schrecklich« sind (Ellis, 2001; D’Zurilla & Nezu, 1999).
Schritt 6: Emotionale Reaktion auf verarbeitete Reize	Hypothetisch folgen Gefühle nichtneutralen Einschätzungen von Reizen oder Bildern.	Direkte Modifikation der emotionalen Reaktionen durch Biofeedback, Entspannung und Medikamente.
Schritt 7: Bewältigungsmechanismen zu Gefühlen aus Schritt 6	Bewältigungsmechanismen zielen darauf ab, mit den in Schritt 6 aufgetretenen Gefühlen umzugehen.	Selbstinstruktionstraining (Meichenbaum, 1985); Entschluss, Unbehagen auszuhalten; Vermeidung, Ablenkung oder Akzeptanz.

Die kognitiven Modelle gehen davon aus, dass Reize in das Informationsverarbeitungssystem eindringen. Diese Reize heißen häufig »Informationen«, »vorhergehende Reize« oder »auslösende Anlässe«. In Schritt 2 kann die Aufmerksamkeit auf bestimmte Reize hin und von anderen weg gelenkt werden. Die Reize werden wahrgenommen und symbolisch repräsentiert (Schritt 3), interpretiert (Schritt 4) und evaluiert (Schritt 5). Diese Evaluierungen oder Einschätzungen gehen in Schritt 6 ein, der sich mit emotionalen Reaktionen befasst. In Schritt 7 geht es dann um Bewältigungsmechanismen, mit denen Gefühle kontrolliert, potenziell akzeptiert oder ertragen werden sollen.

Jeder dieser Informationsverarbeitungsschritte kann die anderen Verarbeitungsschritte beeinflussen. Kognitive Psychologen verwenden beträchtliche Forschungsenergie darauf herauszufinden, wie die Schritte aufeinander einwirken. So untersuchen sie, wie Emotionen (Schritt 6) sich auf Aufmerksamkeit (Schritt 2), Reizrepräsentation (Schritt 4) und evaluierende Interpretationen (Schritt 5) auswirken (z. B. Ciarrochi & Forgas, 2000; Ciarrochi & Forgas, 1999; Forgas, 1995).

Verschiedene Techniken und Formen der Kognitiven Verhaltenstherapie können mit Blick auf die Verarbeitungsschritte, die sie betonen, beschrieben werden. So versuchen einige KVT-Ansätze, Aufmerksamkeitsverzerrungen bei negativen Reizen (Schritt 2) zu verringern, indem die Intensität des Selbstbezugs, der Aufmerksamkeitskontrolle oder der Aufmerksamkeitsbreite modifiziert wird (Mathews, 2002; Wells, 1990, 1997). J. S. Beck's Form der KVT (1995) zielt darauf ab, verzerrte Denkmuster (Schritt 4) sowie auch Schlussfolgerungsfehler (z. B. »Schwarz-Weiß-Denken«, »Gedankenlesen«, »Verallgemeinerung« und »Wahrsagerei«) zu verändern. Die Problemlösungstherapie von D'Zurilla und Nezu (1999) will die Fähigkeit verbessern, Probleme zu formulieren und alternative Lösungen zu finden (Schritt 4). Ellis' Form der KVT (2001) konzentriert sich eher auf bewertende Überzeugungen (Schritt 5), einschließlich pauschaler Einschätzungen des Selbst (z. B. »Ich bin wertlos«), der Ereignisse im Leben (z. B. »Scheidung ist schrecklich«) oder der eigenen Emotionen (z. B. »Angst haben ist unerträglich«). Gleichermaßen konzentriert sich die Problemlösungstherapie darauf, nichtkonstruktive bewertende Überzeugungen von sozialer Akzeptanz und Macht zu verändern (J. S. Beck, 1995). Die von Meichenbaum (1985) auf Veränderung von Selbstinstruktionen ausgerichtete Form der KVT zielt sowohl auf die Bewältigung von schwierigen Emotionen als auch auf konkretes Verhalten ab (Schritt 7). Zum Beispiel werden Klienten Bewältigungsaussagen beigebracht wie »Das ist nicht das Schlimmste, das passieren kann« und »Meine Muskeln fühlen sich angespannt an. Jetzt entspannen und die Dinge ruhig angehen«.

Techniken der Kognitiven Verhaltenstherapie werden häufig angewandt, um dysfunktionelle Schemata oder Kernüberzeugungen in Frage zu stellen (J. S. Beck, 1995; Bricker et al., 1993; Zoung, 1990). Diese wurden definiert als Gerüst zur Überprüfung (Schritt 2), Kodierung (Schritte 3 und 4) und Bewertung (Schritt 5) von Reizen (Padesky, 1994). So können Schemainterventionen sich auf mehrere Stufen der kognitiven Verarbeitung auswirken. Insgesamt ist es wahrscheinlich, dass sich ange-

sichts der Verbindungen zwischen den Verarbeitungsschritten jede der oben genannten Interventionen auf verschiedene Stufen auswirkt.

KVT kann ebenfalls angewandt werden, um Metakognitionen zu verändern (Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998; Wells, 1997). Dies sind Kognitionen über Kognitionen, wie zum Beispiel »Sorgen sind gefährlich«, »Meine Sorgen werden mich überwältigen und kontrollieren«, »Wenn ich mir Sorgen mache, kann ich verhindern, dass etwas Schlimmes passiert« und »Wenn ich mir Sorgen mache, bin ich für alles gewappnet« (Wells, 1997). In gewissem Sinne sind es die Sorgen an sich, die in Schritt 1 erscheinen, während die Metakognitionen über die Sorgen in den Schritten 4 und 5 auftreten.

Diese Formen der KVT unterscheiden sich in vieler Hinsicht, haben aber alle eins gemeinsam: sie alle versuchen, die Form oder Häufigkeit nichtkonstruktiver Gedanken und/oder Emotionen zu ändern.

Die dritte Welle: Das Aufkommen der auf Achtsamkeit beruhenden Therapien

Seit den vor-verhaltenstheoretischen Tagen der Psychoanalyse hat sich viel verändert. 1920 hätten wir wohl einen Klienten beobachtet, der auf dem Sofa liegt und über ein Ereignis aus seiner Kindheit spricht. Heute könnten wir an einem Zimmer vorbeigehen und Klienten beim Sprechgesang sehen oder wie sie langsam Rosinen essen, sich in einer Yogaposition strecken oder mit geschlossenen Augen still sitzen, ohne irgendetwas zu tun. Sie könnten sogar den Klienten sagen hören: »Ich bin verwirrt«, worauf der Therapeut antwortet: »Gut, so kommen wir weiter«.

Achtsamkeitsübungen, Yoga, Meditation, Sprechgesang, Paradoxie, Konfusion – all diese Techniken erscheinen in der sogenannten »dritten Welle« der Kognitiven Verhaltenstherapie (Hayes, 2004; Heidenreich et al., 2007). Zu diesen Therapien gehören die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Eifert, 2010; Hayes et al., 2004, Sonntag, 2004), die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie für Depressionen, das achtsamkeitsbasierte Stressmanagement (Segal, Williams & Teasdale, 2002) und die dialektische Verhaltenstherapie (Linehan, 1993).

Wir konzentrieren uns hier auf ACT, weil sie die am besten empirisch unterstützte Therapie der dritten Welle ist (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004). Eine ständig wachsende Anzahl von wissenschaftlichen Artikeln stützt die Grundsätze der Bezugsrahmentheorie und die der ACT zugrunde liegenden Sprachtheorie (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Eine Explosion von wissenschaftlichen Veröffentlichungen (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006) stützt ihre Wirksamkeit bei der Behandlung von Angst (Eifert et al., 2009; Ossman & Wilson, 2006; Zettle, 2003), psychotischen Problemen (Bach & Hayes, 2002; Gudiño & Herbert, 2006), Stress und Burnout am Arbeitsplatz (Bond & Bunce, 2000), Schmerzen (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004), Depressionen (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007), Drogenmissbrauch (Hayes, Wilson et al., 2004; Gifford et al., 2004), Partnerproblemen (Peterson, Eifert, Feingold & Davidson, 2009), chronischen Schmerzen (Dahl & Lundgren, 2006; Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004) und dem Selbstmanagement von Diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes & Glenn-Lawson, 2007).

ACT und BRT sind im Ansatz grundsätzlich behavioristisch, gehen jedoch über die erste Welle der Verhaltenstherapie hinaus, indem sie kognitive Prozesse mithilfe von behavioristischen Techniken und Konzepten angehen. Sie verwenden viel weniger Forschungsenergie als kognitive Psychologen auf das Verständnis der Interaktionen zwischen inneren Konstrukten, wie z. B. zwischen Gedanken und Gefühlen. Stattdessen konzentrieren sie sich darauf, zu erfassen, wie eine Manipulation der Umwelt für die Beeinflussung menschlichen Verhaltens genutzt werden kann. Sie untersuchen zum Beispiel, wie Alkoholmissbrauch verringert werden kann, indem sie Vorläufer (wie die Verringerung von Werbung für Alkohol) oder Konsequenzen des Missbrauchs (Alkoholmissbrauch weniger belohnend machen) manipulieren.

Die Bezugsrahmentheorie will die Kritik entkräften, die dem behavioristischen Sprachmodell entgegengebracht wurde (s. z. B. Pinker, 1994). Die Bezugsrahmentheorie (BRT) erklärt die Kreativität von Sprache mit den Prinzipien der operanten Konditionierung, nicht mit angeborenen Strukturen oder kognitiven Konstrukten. Außerdem wurde die Bezugsrahmenanalyse angewandt, um komplizierte kognitive Prozesse wie Denken und Problemlösung zu verstehen, die bisher für zu komplex bzw. »innerlich« gehalten wurden, als dass Behavioristen sie angehen könnten (Hayes et al., 2001). Schließlich schreibt man der BRT einen erheblichen Geltungsbereich zu, d. h. sie erlaubt es, eine große Anzahl an Phänomenen mit einer relativ kleinen Anzahl von Konzepten zu analysieren. Dieses Argument bestreitet den Standpunkt, dass der Behaviorismus zu komplex und detailliert ist, um wirkungsvoll zu sein. Eine ausführliche Besprechung dieser Thematik übersteigt den Rahmen dieses Buches; wir verweisen dazu auf Hayes et al. (2001). In Kapitel 2 präsentieren wir die Bezugsrahmentheorie und ihre Anwendung im Detail.

Verhaltenstheoretiker sind häufig überrascht, wenn sie kognitive Psychologen sagen hören, dass sie »tot« sind. Sie erwidern oft mit Mark Twain (nachdem ihn eine Zeitung irrtümlich für tot erklärt hatte): »Der Bericht von meinem Tod war stark übertrieben.«

ACT unterscheidet sich in einigen Dingen von der traditionellen Kognitiven Verhaltenstherapie. Sie benutzt sehr wenig kognitives Herausfordern und Umstrukturieren. Sie neigt auch nicht dazu, die Verringerung von Depression, Angst und Stress als therapeutisches Ziel zu setzen. Stattdessen konzentriert sie sich fast ausschließlich auf die Aktivierung wertorientierten, beobachtbaren Verhaltens. Dabei benutzt sie eine Anzahl von Techniken (z. B. Konfusion, Paradoxien), die das logische Denken in vielen Situationen zu verhindern suchen. Im Gegensatz dazu wollen KVT-Therapeuten im Allgemeinen logisches Denken fördern.

1.3 Wege der Integration von KVT und ACT

Trotz der Unterschiede zwischen ACT und KVT glauben wir, dass es viele Möglichkeiten gibt, ihre Techniken kombiniert auf philosophisch und theoretisch kohärente Weise zu nutzen. Der Rest des Buches soll Ihnen dabei helfen, dies in Betracht zu

ziehen. Wir hoffen, dass der Text und die Arbeitsblätter für Klienten und Therapeuten Ihnen dabei helfen werden,

- ▶ die in der Therapie eingesetzten therapeutischen Prozesse zu identifizieren;
- ▶ die potenziell in der Therapie über- bzw. unterbetonten Prozesse zu erkennen;
- ▶ das Repertoire an Techniken zu vergrößern, die Sie auf theoretisch kohärente Weise in der Therapie einsetzen können;
- ▶ Ihre Fähigkeit zu erweitern, neue Übungen und Metaphern für die therapeutische Praxis zu gestalten.

Die größte Herausforderung dieses Buches ist es, Ihnen sofort etwas Nützliches anzubieten. Viele von Ihnen werden in den nächsten Wochen Klienten haben und versuchen wollen, einige neue Techniken auszuprobieren. Sie mögen vielleicht nicht warten, bis Sie das ganze Buch gelesen und seine gesamte Philosophie und Theorie absorbiert haben, bevor Sie beginnen. Daher haben wir das Buch so strukturiert, dass wir Sie allmählich in die Techniken und Theorie einführen. Sie sollten in der Lage sein, einige der Techniken in der Therapie auszuprobieren, ohne alles andere, das Sie normalerweise tun, aufzugeben. Im Laufe des Buches werden wir uns dann intensiver mit der Philosophie und Theorie beschäftigen.

Abbildung 1.1 zeigt das »Flexibilitätsmodell« mit den psychologischen Prozessen, die in diesem Buch behandelt werden. Anhang A beinhaltet die detaillierte Beschreibung jedes Prozesses. Die Worte auf dem äußeren Kreis, wie »Defusion« (s. Abschn. 2.2), beschreiben die Prozesse, die bei einer therapeutischen Sitzung ins Spiel kommen. Die Wörter innerhalb des Kreises zeigen die zentralen therapeutischen Ziele bzw. die »Resultate« an: Flexibilität und Wertkongruenz. Dementsprechend zielen alle Prozesse darauf ab, flexibles wertkongruentes Verhalten zu fördern. Lassen Sie uns an dieser Stelle diese Begriffe definieren.

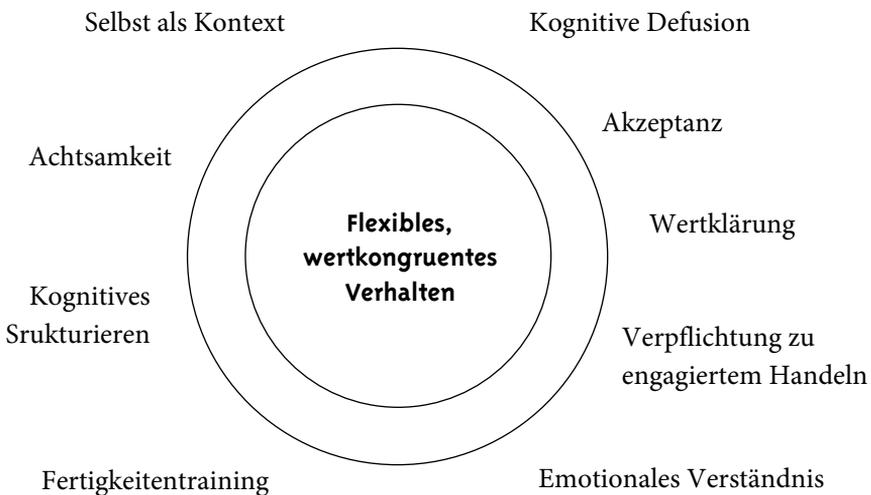


Abbildung 1.1 Das Flexibilitätsmodell

- ▶ *Wertkongruenz*: Werte beschreiben und drücken aus, was Personen mit ihrem Leben machen wollen. Werte werden am besten verbal angegeben, da sie nicht etwas darstellen, das je ganz erreicht wird. So kann »ein aufmerksamer Ehemann sein« ein Wert sein (s. Kap. 7 zum Thema Werte). Wertkongruenz ist das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person mit dem angegebenen Wert übereinstimmt.
- ▶ *Flexibilität*: Flexibilität kennzeichnet das Ausmaß, in dem eine Person fähig ist, aufgrund von Werten Verhalten beizubehalten oder zu verändern. Mit anderen Worten, Flexibilität ist die Sensitivität einer Person für sich ändernde Anforderungen der Umwelt. Flexibilität beinhaltet auch, auf diese Veränderungen adäquat zu reagieren.

Das Flexibilitätsmodell besteht aus einer Mischung von ACT und KVT-Prozessen. Kognitive Verhaltenstherapeuten sind sicher gut vertraut mit Techniken wie der Veränderung der Form oder Häufigkeit von Gedanken oder Denken (z. B. Disputation und Umstrukturierung; Kap. 3) und die Förderung emotionalen Verstehens und Fertigkeitentraining (Kap. 8). Der ACT-Praktiker wird gut mit Techniken zur Förderung von Defusion und Achtsamkeit (Kap. 2), Selbst als Kontext (Kap. 4) und Werten (Kap. 7) vertraut sein. Sowohl ACT- als auch KVT-Praktiker werden mit akzeptanzfördernden Techniken vertraut sein (Kap. 6).

Wir werden das Flexibilitätsmodell im gesamten Buch benutzen, um Therapeuten zu helfen, Techniken auf kohärente Weise anzuwenden. Das Modell enthält einige Hauptmerkmale. Dabei muss das Modell als eine untrennbare Einheit angesehen werden, anstatt als eine Reihe von neun separaten »Prozessen«. Die Prozesse und das Resultat sind untrennbar miteinander verbunden und können nicht unabhängig voneinander verstanden werden. Dies entspricht dem Gedanken, dass man die Natur von Wasser nicht verstehen kann, indem man Wasserstoff und Sauerstoff separat untersucht. Wasserstoff und Sauerstoff zusammen ergeben etwas, das nicht auf seine Einzelteile reduziert werden kann.

Sie können das Flexibilitätsmodell als Anleitung dafür benutzen, wie man Techniken konsistent anwendet. Eine Achtsamkeitsübung beispielsweise kann zur Unterstützung von Akzeptanz und Wertklärung angewandt werden. Zusätzlich würde die Achtsamkeitsübung zu dem Zweck benutzt, flexibles, wertdeckendes Verhalten zu fördern. In den folgenden Kapiteln finden Sie dazu zahlreiche Beispiele.

Nun ziehen Sie ein alternatives Prozessmodell in Betracht, dargestellt in Abbildung 1.2. Hier ist das therapeutische Hauptziel der Abbau von seelischer Belastung. Beachten Sie, dass Achtsamkeit sowohl im Flexibilitätsmodell als auch im Belastungsreduktionsmodell erscheint. Obwohl sie denselben Namen haben, würden die Achtsamkeitstechniken jedoch mit unterschiedlichen Zielen eingesetzt werden. Ein Therapeut, der sich nach dem Flexibilitätsmodell richtet, würde Klienten eine Achtsamkeitsübung machen lassen, um ihnen dabei zu helfen, aversive Gedanken und Gefühle wahrzunehmen und bei ihnen zu bleiben. Demgegenüber würde ein Therapeut, der sich nach dem Belastungsreduktionsmodell richtet, eine Achtsamkeitsübung benutzen, um aversive Gedanken und Gefühle abzubauen.

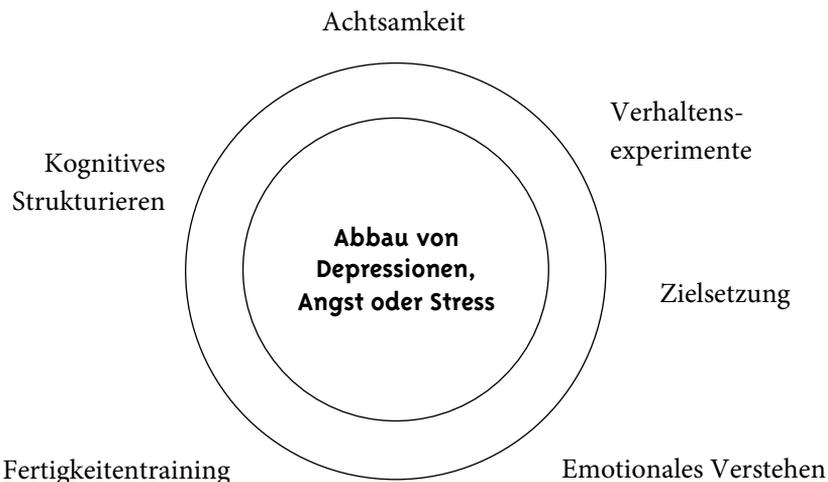


Abbildung 1.2 Ein Belastungsreduktionsmodell

Fazit

Die grundlegende These unseres Buches ist es, dass ACT und KVT im Rahmen des Flexibilitätsmodells integriert werden können. Sowohl KVT-Praktiker als auch ACT-Praktiker würden darin übereinstimmen, dass die Förderung flexiblen, wertkongruenten Verhaltens in der Therapie wichtig ist. Wir gehen nicht davon aus, dass das Flexibilitätsmodell immer die beste Alternative ist. Daher können Therapeuten die im Rahmen des Flexibilitätsansatzes gelernten Techniken ebenfalls in einem Belastungsreduktionsmodell anwenden. Für uns als Praktiker ist es dabei jedoch wichtig, uns darüber im Klaren zu sein, wenn wir die Modelle wechseln und die Funktion (oder Ziele) unserer Techniken ändern.

Dieses Buch wird Ihnen nicht nur neue Techniken beibringen, sondern Ihnen auch ermöglichen, alte, vertraute Techniken mit anderen Augen zu sehen. Es wird Sie von bestimmten Interventionspaketen unabhängiger machen. Wir hoffen, dass dieses Buch Sie über die Welt der Form hinaus (wie eine Technik aussieht) in die Welt der Funktion trägt (wie eine Technik wirkt, auf welchen Prozess sie abzielt). Letztendlich glauben wir, dass der hier dargestellte theoretische und philosophische Rahmen Ihnen bei der Gestaltung eigener Techniken helfen wird. Auf diese Weise können Sie Ihren Klienten auf die wirksamste und flexible Weise helfen, ein vitales Leben zu führen.