



Leseprobe aus: Stavemann (Hrsg.), Entwicklungen in der Integrativen KVT, ISBN 978-3-621-28356-4  
© 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28356-4>

## 2 Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) in der KVT

Kai Born

**Vorbemerkung.** Die Urheber der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) grenzten sich als »neue Therapiemethode« von den etablierten Therapieschulen in aller Deutlichkeit ab: Die Intention von ACT war und ist nicht die »Veränderung von Kognitionen und Gefühlen«, sondern die »Akzeptanz der inneren Phänomene und engagiertes Handeln« im Sinne der persönlichen Werte und Ziele der Patienten.

Aus KVT-Sicht sind die Unterschiede jedoch keinesfalls so groß wie von den ACT-Autoren angenommen und dargestellt. Akzeptanz erkennen wir nicht nur an einem zielorientierten Handeln, sondern auch an den Haltungen gegenüber unangenehmten inneren Zuständen, die ACT verändern will. Diese Haltung ist ebenfalls eine Kognition, nämlich im Sinne von »Der Zustand darf sein«, »Ich nehme diesen Zustand hin und toleriere ihn« und »Ich bin bereitwillig, diesen Zustand zu erleben, ohne mich dagegen zu wehren«. Letztlich werden hier Metakognitionen verändert. Das ist allerdings auch ein Vorhaben der Integrativen KVT, sodass hier nicht die Frage ist, ob ACT eine KVT-Methode ist oder nicht, sondern die Frage ist die nach der persönlichen Urheberschaft (»Wer hat's erfunden?«).

Hayes et al. (1999) haben mit ihrer »Relational Frame Theory« zwar ein neues Modell entwickelt, mit dem bestimmte Phänomene ebenfalls erklärt werden können, das ist jedoch auch mit bereits bekannten kognitiven psychologischen Modellen möglich.

Der kreative Anteil daran ist, dass hier ein Teilbereich des menschlichen Erlebens und Verhaltens und bestimmte Methoden besonders betrachtet und überarbeitet wurden. In der folgenden Darstellung werden die Prämissen und die Nomenklatur der KVT nicht aufgegeben, sondern eine mögliche Integration der Methoden von ACT in das KVT-Vorgehen beschrieben.

### 2.1 Besonderheiten des Problembereichs

#### Fallbeispiel

##### Seit Jahrzehnten Therapie und keine Besserung (Teil 1)

Ein 52-jähriger, seit einigen Jahren berenteter Patient leidet seit Jahrzehnten an einer ausgeprägten Major Depression. Viele Therapieversuche inklusive zweier langfristiger Psychoanalysen und einer Hypnotherapie sind nicht nur ohne Symptomverbesserung verlaufen, sondern diese sind schlimmer denn je. Der Klient

nimmt seit Jahren neben Antidepressiva auch Benzodiazepine ein, um seine Ängste und Missstimmungen »auszuhalten«. Er stellt sich bei mir auf Empfehlung seines Psychiaters zwecks eines erneuten Therapieversuchs vor.

Der Patient erscheint trotz negativer Therapieerfahrung veränderungsmotiviert und bereit, etwas zur Besserung seiner Symptome zu tun.

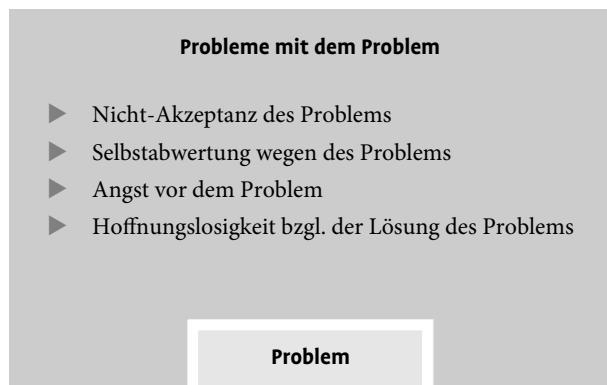
Zunächst ging ich davon aus, dass neue Erkenntnisse durch das KVT-Vorgehen helfen würden, eine grundsätzliche Veränderung zu erreichen. Jedoch wurde nach einiger Zeit deutlich, dass der Patient trotz scheinbaren Verständnisses und neuer Einsichten nicht nur keine Besserung erzielte, sondern dass die Symptome sogar stärker wurden. Es kam sogar zu einer erneuten krisenhaften Einweisung in die Psychiatrie. Dieser längere stationäre Aufenthalt erbrachte ebenfalls keine Besserung.

Es wurde dann deutlich, dass der Patient massiv gegen seine Symptome und Umstände, über die er keine direkte Kontrolle hat, ankämpft, dass er sich von diesem Kampf nicht distanzieren kann und dass alle therapeutischen und medikamentösen Veränderungsmaßnahmen die Symptome dadurch nur verschlimmerten und die Störung weiter aufrechterhielten. Der Aussage »Sie müssen zunächst Ihre Symptome akzeptieren« konnte der Patient zustimmen, jedoch äußerte er, dass er nicht wisse, wie das gehen soll.

**Struktur übergeordneter Probleme.** Menschen haben die Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren und zu bewerten. Diese Fähigkeit ist nützlich, kann jedoch zu zusätzlichen *übergeordneten Problemen* führen, die die emotionale Problematik erheblich verstärken. Stavemann (2014) spricht von *Problemen mit dem Problem* oder von *Problemen 2. Ordnung*. Ellis (z.B. 1997) nennt das Phänomen *Symptomstress*. In diesen übergeordneten Problemen sind vier typische kognitive Muster zu finden (s. Abb. 2.1):

- die Nicht-Akzeptanz des Problems
- die Angst vor dem (Wieder-)Auftreten des Problems
- die Selbstabwertung wegen des Problems
- die Hoffnungslosigkeit bezüglich der Lösung des Problems mit den antizipierten negativen Auswirkungen auf das Leben des Betroffenen

Die Nicht-Akzeptanz führt zu direkten Anstrengungen, die Symptome zu verändern. Gelingt das, ist das Problem gelöst. Scheitern diese Kontrollversuche, entwickeln die Betroffenen Angst vor den Symptomen und versuchen durch Vermeiden das Problem zu lösen. Können sie erfolgreich vermeiden, ist das Problem gelöst. Gelingt dies nicht, folgt bald eine reaktive Selbstabwertung für das »eigene Versagen«. Dies kann als ein weiterer Kontrollversuch gesehen werden, durch die Selbstbestrafung die eigene Leistung zu verbessern. Diese Selbstabwertungen zeigen sich emotional in Selbstärger und in Scham. Wenn auch diese Strategie scheitert, folgen Hoffnungslosigkeitsgedanken mit entsprechenden depressiven Verstimmungen.



**Abbildung 2.1** Probleme mit dem Problem: Vier kognitive Muster erzeugen übergeordnete Probleme

**Entstehen und Aufrechterhalten des Primärproblems.** Übergeordnete Probleme sind der wesentliche Mechanismus für das Aufrechterhalten von Problemen und Störungen. ACT beschreibt dieses Phänomen als grundsätzliches Vermeiden von unangenehmen Zuständen. Hayes et al. (1999, dt. 2004) betonen, dass psychische Störungen keine Krankheiten im klassischen Sinne sind, sondern durch normale psychologische Mechanismen entstehen. Sie haben drei wesentliche pathogenetische Faktoren herausgearbeitet:

- (1) das Nicht-erleben-Wollen von unangenehmen Zuständen
- (2) der Versuch, Phänomene zu kontrollieren, die nicht unter eigener Kontrolle stehen
- (3) die Identifikation mit den Inhalten des Verstandes (*Kognitive Fusion*)

Diese These wird unterstützt durch die Erkenntnis, dass durch mehr als 30 Jahre Forschung keine klaren organischen Veränderungen gefunden wurden, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit den psychischen Störungen stehen (z. B. Stieglitz & Hiller, 2013). Dies gilt natürlich nur für Menschen, die keinen offensichtlichen Gehirnschaden aufgrund einer neurologischen Erkrankung oder eines Unfalls aufweisen. Mit diesen drei Faktoren lassen sich die funktionalen Zusammenhänge der Störungsentstehung und vor allem des Aufrechterhaltens verhaltensanalytisch gut erklären. Die Identifikation mit unseren Gedanken und die damit verbundenen meist subjektiv erlebten Defizite beim Erfüllen der Grundbedürfnisse (z. B. Grawe, 2004) führen zu Inkonsistenzspannung, d.h. zu unangenehmen emotionalen Zuständen. Nun wird versucht, diese Defizite auszugleichen, was weiterhin ergebnislos verläuft, weil es sich hier um Fehlannahmen oder unkontrollierbare Phänomene handelt. Die Inkonsistenzspannung bleibt also bestehen und wird dann selbst Ziel von Regulationsabsichten, die ebenfalls nicht funktionieren und das Problem erheblich verstärken. Psychotherapeutische Methoden sollen es nun endlich richten im Sinne eines »Mehr-Dasselben«. Die übergeordneten Probleme verhindern somit in der Therapie ein Verändern des Primärproblems, in dem die Betroffenen jede Veränderungstechnik *vermeidungsmotiviert* anwenden.

**Leidtoleranzproblematik.** Dieses Verhalten kann als *niedrige Leidtoleranz* oder *Leidtoleranzproblematik* bezeichnet werden. Betroffene sind bestrebt, alle unangenehmen Zustände zu vermeiden und ständiges Wohlbefinden zu erlangen. Diejenigen davon, die ich kennengelernt habe, haben nicht selten chronifizierte psychische Störungen mit vielen hochautomatisierten Symptomen, die mit einem hohen Erregungsniveau einhergehen. Sie fallen mit ausgeprägten Kampfmustern gegen ihre Symptome auf und haben dementsprechend viele gescheiterte oder nicht dauerhaft hilfreiche Veränderungsversuche hinter sich, inklusive mehrerer Psychotherapien. Sie sind ständig auf der Suche nach neuen Methoden, die endlich helfen sollen. Die zugrunde liegenden Gedanken lauten z. B.:

- ▶ »Das Problem ist schrecklich, darf nicht sein, muss schnellstens weg und darf nie wieder auftreten.«
- ▶ »Ich muss mich dauerhaft wohlfühlen.«
- ▶ »Unbehagen ist krankhaft und nicht normal.«
- ▶ »Ich kann diesen Zustand nicht aushalten.«
- ▶ »Ich kann und muss das Problem kontrollieren.«
- ▶ »Ich werde ein unglückliches Leben führen, wenn ich das Problem nicht lösen kann.«
- ▶ »Wenn ich diese unangenehmen Gedanken und Gefühle habe, kann ich meine Ziele nicht erreichen.«

Da der Mensch nach Glück strebt und unangenehme Zustände vermeiden will, ist der Wunsch nach Kontrolle und Veränderung verständlich, jedoch in diesem Ausmaß verhindern diese Muster eine Veränderung und münden in ungünstige Therapieverläufe und Therapieabbrüche. Obwohl die übergeordneten Probleme in der KVT als relevant erkannt sind, liegt der Fokus häufig in erster Linie auf dem Verändern der Primärprobleme. Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie betont den Stellenwert, den dieses Phänomen hat.

### **Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie**

**Gesunde versus destruktive Normalität.** Die von Hayes et al. (1999, dt. 2004) entwickelte *Akzeptanz- und Commitmenttherapie* (ACT) bietet umfangreiche Handlungsstrategien für übergeordnete Probleme und die damit verbundene Leidtoleranzproblematik an. ACT basiert auf einem alternativen Paradigma: In unserer Kultur gehen wir von einer »gesunden Normalität« aus: Menschen sind einerseits sowohl körperlich als auch psychisch gesund und fühlen sich wohl, Krankheiten und Unbehagen sind die Ausnahme. Schauen wir aber unvoreingenommen in die Realität des menschlichen Daseins, ist erkennbar, dass Störungen, Krankheiten, Schmerz und Leiden ubiquitär vorhanden sind. Selbst wenn wir das von Menschen verursachte Leid aus dieser Welt tilgten, bliebe immer noch sehr viel Leid übrig, das durch die Welt selbst entsteht. Leid ist ein großer Teil des Daseins in dieser Welt. Deshalb schlägt ACT einen Paradigmenwechsel vor hin zu einer »destruktiven Normalität«: Körperliche und psychische Störungen, Krankheiten und Leid sind das Normale. Uneingeschränkte und dauerhafte körperliche Funktionstüchtigkeit, psychische Störungsfreiheit und Wohlbefin-

den sind Ausnahmezustände. Die Statistiken unterstützen diese These: Die Prävalenz psychischer Störungen in den USA liegt bei ca. 30 Prozent der Bevölkerung. Die Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben eine Depression zu erleben, liegt bei ca. 50 Prozent. Paradoxe Weise kann das Streben nach Glück selbst Unglück erzeugen: Je mehr jemand nach Glück strebt und gleichzeitig Leid zu vermeiden sucht, desto unglücklicher wird er. ACT führt dieses Paradox auf eine Störungsanfälligkeit unseres normal funktionierenden psychischen Apparates zurück: Normale psychologische Vorgänge führen zu extrem destruktiven und dysfunktionalen Resultaten und können pathologische Vorgänge verstärken. Hayes et al. (1999) sehen als Ursache dafür das Phänomen der Sprache. Kurzgefasst konstruiert unser Gehirn aus den wahrgenommenen Reizen der Sinneszellen unsere körperliche Welt, ordnet allen so konstruierten »Körpern« Symbole zu, setzt dann diese Symbole in verschiedene Beziehungen zueinander (Ursache-Wirkung, größer-kleiner, vorher-nachher, wichtig-unwichtig, Verortung und Bewegungen in Raum und Zeit) und schafft damit unsere subjektiv erlebte Wirklichkeit. Dieser Prozess hat sich evolutionär als überaus praktisch und erfolgreich herausgestellt. Durch sprachliche Prozesse ist es der Menschheit gelungen, aus früheren Erfahrungen zu lernen, die Gegenwart erfolgreich zu gestalten und die Zukunft entsprechend sinnvoll zu planen. Darüber hinaus können wir über Sprache Erfahrungen an andere Menschen weitergeben, die ebenfalls daraus lernen können, ohne diese Erfahrungen selbst je gemacht zu haben. Es gibt jedoch auch unerwünschte Wirkungen der Sprache.

**Kognitive Fusion.** Wenn das Gehirn einem Phänomen ein Symbol zuordnet, steht nun das Symbol stellvertretend für das Phänomen. Diese Gedanken oder diese Vorstellung der Situation reichen dann alleine aus, um ein Reaktionsmuster, z. B. Angst, auszulösen. Hayes et al. (1999) sehen dieses sprachliche Phänomen als den dritten wichtigen pathogenetischen Faktor für das Entstehen psychischer Störungen an: Wir erkennen die Inhalte unserer Gedanken nicht mehr als *Gedanken*, sondern verwechseln sie mit der Realität – wir nehmen unsere Gedanken »wortwörtlich«, oder einfacher: Wir »kaufen« sie uns ab. Dieses Phänomen wird in ACT »Kognitive Fusion« genannt, das Verschmelzen der Realität mit unseren Gedankeninhalten.

**Erlebnisvermeidung.** Als wichtiger Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktor psychischer Störungen ist das Vermeiden unangenehmer Zustände sowohl in der Verhaltenstherapie als auch in der Kognitiven Verhaltenstherapie bekannt. ACT stellt Erlebnisvermeiden als den wichtigsten pathogenetischen Faktor heraus. Dieses Erlebnisvermeiden zeigt sich in ständigen Kontrollversuchen, den aversiven Zustand zu verändern, entweder durch direkte Veränderungsversuche oder, nach Scheitern derselben, durch Vermeidungsstrategien, die typischerweise kurzfristig erfolgreich sind, jedoch langfristig die Störung verstärken und aufrechterhalten. ACT führt das Scheitern dieser Strategien ebenfalls auf einen verbalen Mechanismus zurück: Die Lösungsversuche werden mit den aversiven Reaktionen als neurologisches Netzwerk verkoppelt. Durch das Aktivieren des Vermeidungsverhaltens wird automatisch das Netzwerk der aversiven Reaktion mitaktiviert und umgekehrt. Um aus diesen sich selbst verstärkenden Teufelskreisen auszubrechen, hat ACT sinnvolle Vorgehenswei-

sen entwickelt, die gut in das KVT-Vorgehen integriert werden können. In der Verhaltenstherapie ist dieser Mechanismus nicht neu. Die Methode der *massierten Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung* realisiert dieses Prinzip, indem dieses Vorgehen die *Abwehr* der Angst adressiert und nicht die Angst selbst. Die Angst reguliert sich dann häufig selbst herunter, wenn sie nicht mehr abgewehrt wird. Diese Auto-regulation wird dort »Habituation« genannt.

## 2.2 Therapeutisches Vorgehen und Strategie

**Fokus auf Akzeptanz und engagiertes Handeln.** Das ACT-Vorgehen unterscheidet sich deutlich vom KVT-Standardvorgehen, indem ACT verbale Erklärungen möglichst unterlässt und fast ausschließlich auf persönliche Erfahrung in der Gegenwart setzt. ACT lädt die Patienten zu einem Umfokussieren ein: weg von Kontroll- und Veränderungsstrategien unangenehmer Zustände hin zum bewussten Wählen von Werten und Verwirklichen dieser Werte durch Verfolgen von entsprechenden Zielen. Dies entspricht dem »Commitment«-Aspekt von ACT. Als entscheidende Hindernisse auf diesem Weg tauchen die unangenehmen emotionalen und körperlichen Zustände auf. Statt diese Zustände nun zu bekämpfen, üben die Patienten, diese Zustände uneingeschränkt zu akzeptieren, was dem »Akzeptanz«-Aspekt von ACT entspricht. Die Betroffenen üben, *trotz* dieser Unannehmlichkeiten ihre Ziele engagiert zu verfolgen. Dieses Umfokussieren soll durch erfahrungsgeleitete Übungen, Verwenden von Metaphern, Werte- und Zielklärungen und zielorientierte Verhaltensänderungen erreicht werden. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer autonomen Veränderung unangenehmer emotionaler Zustände, jedoch ohne dass diese willentlich angestrebt wird, da dies andernfalls sofort wieder ein Kontrollversuch wäre. Werte und Ziele sollen im Therapieverlauf als motivationale und sinnstiftende Faktoren im Leben wichtiger werden als das aktuelle Befinden.

**Beziehungsgestaltung.** Die Beziehungsgestaltung in ACT kann sich dementsprechend von der in der KVT unterscheiden: Der Therapeut zeigt sich in der Begegnung authentisch und stellt stets heraus, dass sich der Patient und er selbst in derselben verbalen Umgebung befinden und beide in denselben verbalen Fallen gefangen sind. Der Therapeut dient dem Patienten als Modell für gelebte Akzeptanz und Werte-orientierung, auch und gerade dann, wenn es dem Therapeuten aktuell nur schwer gelingt, sich von seinem eigenen inneren Erleben zu distanzieren. Persönliche Erfahrungen werden geteilt, weitgehend ohne diese ursächlich zu erklären. Reflexionen erfolgen nur in der Richtung, ob der Patient auf diese Weise seinen persönlichen Handlungszielen nähergekommen ist oder nicht. Im Folgenden werden einige ACT-Methoden vorgestellt, die helfen, Akzeptanz und engagiertes Handeln aufzubauen.

### Kreative Hoffnungslosigkeit

Patienten kommen in die Psychotherapie mit dem Wunsch, die unangenehmen Zustände abzustellen. Normalerweise haben sie schon vielfältige Anstrengungen unternommen, um dies zu erreichen, und erhoffen sich nun den Durchbruch oder

zumindest eine gewisse Hilfe dabei. Als Nicht-ACT-Anwender würden wir diesen Wunsch auch als erfüllbar bestärken. Nicht so der ACT-Therapeut. In der ACT werden die verschiedenen Veränderungsversuche herausgearbeitet und funktional langfristig als nicht hilfreich und sogar als problemverstärkend beurteilt. Hierbei wird bereits auf die tatsächliche Erfahrung fokussiert anstatt auf logische Erklärungsmodelle. Und die Erfahrung lehrt den Patienten, dass es *so* nicht geht. Die Frage, ob denn der Therapeut nun einen anderen Veränderungsweg kennt, der zum Erfolg führt, wird klar verneint. Im Gegenteil betont der Therapeut die *Hoffnungslosigkeit der Veränderungsversuche*. Alternativ vermittelt er dem Patienten ein Metamodell des Verstandes, dem Veränderungsversuche der Alltagslogik entsprechen. Der Verstand arbeitet nach dem mechanistischen Prinzip: »Probleme haben eine Ursache, also erkenne die Ursache und beseitige sie, dadurch wird das Problem beseitigt.« Dies funktioniert mit äußeren Phänomenen häufig gut. Mit inneren Erlebniszuständen funktioniert dieses Prinzip leider nicht. Im Gegenteil verstärken sich die Symptome durch diese Veränderungsversuche. Dies wird dem Patienten durch Metaphern, Paradoxien und kleine Übungen nahegebracht. Beispielsweise wird die auch aus anderen Therapiemethoden bekannte Paradoxie genutzt »Denken Sie jetzt bitte *nicht* an einen rosaroten Elefanten«, was das Bild des rosaroten Elefanten sofort in unseren Gedanken entstehen lässt. Oder die Instruktion »Seien Sie spontan«, was sofort jegliche Spontaneität verhindert.

**Treibsandmetapher.** Als typische Metapher wird gerne die sogenannte *Treibsandmetapher* verwendet: Wenn man in Treibsand gerät und als Befreiungsversuch wild strampelt, geht man unweigerlich unter. Wenn man sich dagegen ruhig verhält und möglichst viel Kontakt zur Treibsandoberfläche herstellt und sich langsam bewegt, bleibt man obenauf (wenigstens länger) und kann dadurch langsam wieder Land gewinnen. Der Kampf reitet einen also weiter und schneller in das Problem hinein.

**Polygraph-Übung.** Als erlebnisorientierte Imagination dient die *Polygraph-Übung*: Stellen Sie sich vor, Sie sind an einen perfekten Polygraphen angeschlossen, der Aufregung perfekt misst und somit auch kleinste Aufregungen sofort registriert. Ihre Aufgabe ist es nun, sich *nicht* aufzuregen. Damit Sie sich gut motivieren, diese Aufgabe zu erfüllen, werde ich Sie unterstützen, indem ich Ihnen eine Pistole an den Kopf halte. Ich werde sofort abdrücken, wenn Sie sich auch nur ein kleines bisschen aufregen – und denken Sie daran, dass ich es merke, da die Maschine perfekt arbeitet. (Pause) Was wird passieren?

In der Regel fängt der Patient sofort an zu lächeln, weil er bemerkt, dass er diese Übung nicht erfolgreich ausführen kann. Im Gegenteil, der Versuch, dies zu tun, produziert sofort Erregung.

**Ergebnis.** Als Ergebnis dieser Phase steht, dass die Veränderungs- bzw. Kontrollversuche *hoffnungslos* sind und dass Kontrollversuche einen sogar immer mehr »hineinreiten« – Kontrollversuche sind hier das Problem. Gleichzeitig wird anhand von vielen Beispielen vermittelt, dass emotionale Kontrolle und Vermeiden unangenehmer Zustände kulturell verankert sind, was sich in vielen Redewendungen wiederfinden lässt: »Du brauchst doch keine Angst zu haben«, »Reiß' dich mal zusammen«, »Sei doch nicht traurig«, »Ärger dich nicht«. Ebenso erscheint es unserem Verstand logisch, dass,

wenn etwas mit äußereren Dingen gut funktioniert, dies auch innerlich gehen muss. Letzteres wird durch diverse Selbsthilfekultur (»Emotionale Freiheit«, »Nie mehr depressiv«, »Sorge dich nicht, lebe« etc.) und nicht zuletzt durch die Ansprüche der Psychotherapeuten selbst verstärkt. Wichtig ist es zu betonen, dass nicht der Patient oder dessen Leben hoffnungslos ist, sondern nur die Kontrollversuche, und es gibt hier eine Alternative zur Kontrolle.

### **Bereitwilligkeit und Akzeptanz**

**Die Alternative zur Kontrolle.** Die Alternative ist *Akzeptanz* bzw. *Bereitwilligkeit*. Bereitwilligkeit wird mit Akzeptanz gleichgesetzt, die Wortwahl soll aber auf den *aktiven* Charakter des Prozesses hinweisen, der sich dahinter verbirgt. Akzeptanz und Bereitwilligkeit bedeuten nicht »Toleranz«, »Aushalten« oder »Ertragen«, sondern ist eine willentlich gewählte *Zustimmung* zu einem Ist-Zustand, ein fundamentales »Ja«-Sagen zu dem, was gerade ist und erlebt wird. Und dies ist nach KVT-Definition eben auch eine Kognition. Somit arbeitet auch ACT mit Bedeutungsinhalten und lädt Patienten ein, diese zu verändern. Dieses Prinzip erinnert philosophisch-fundierte KVT-Anwender an Epiktor und die philosophische Schule der Stoa. Epiktor (1995) sagte:

»Verlange nicht, dass alles so geschieht, wie Du es Dir wünscht,  
sondern wolle, dass alles so geschieht, wie es geschieht,  
und es wird Dir gut gehen.«

Er warb also schon vor 2000 Jahren dafür, die Dinge, die unveränderlich sind, hinzunehmen und sich nicht darum zu kümmern.

**Indirektes Erlernen von Akzeptanz und Bereitwilligkeit.** Akzeptanz bzw. Bereitwilligkeit ist eine erlernbare Fertigkeit, die aber nicht durch eine einfache Instruktion wie »Du musst das halt akzeptieren« herstellbar ist. Bereitwilligkeit ist nur indirekt beschreibbar, da es sich hier auch um eine Fertigkeit wie Gehen, Schwimmen oder Balance-Halten handelt. Wir können jemandem die verschiedenen Verhaltensschritte des Fahrradfahrens erklären (»Halte das Lenkrad gerade, stoß' dich ab, trete abwechselnd mit rechts und links, schaue geradeaus« usw.), was aber Balance selbst *ist*, ist nicht erklärbar, sondern muss von jedem Menschen durch eigenes Tun erfahren werden. Durch stetes Üben wird sich diese Erfahrung einstellen und ist dann als Fertigkeit im Repertoire des Individuums vorhanden. Dies ist aber eben nur durch Erfahrungs-lernen möglich. Das Erlernen von Bereitwilligkeit erfolgt in der ACT deshalb *indirekt* durch das Erkennen von Unwilligkeit und entspricht so einem Diskriminations-training. Der Patient erhält die Hausaufgabe, sich zu beobachten und ein- oder mehrmals die folgende Einschätzung durchzuführen: Wie stark sind die Symptome? Wie stark kämpfe ich gerade gegen diese Symptome an? Wie sehr entspricht mein Leben aktuell einem »vitalen funktionierenden« Leben? Hierbei soll er erkennen: Je mehr er kämpft, desto weniger vital und funktionierend ist aktuell sein Leben und umgekehrt.

**Direktes Erlernen von Akzeptanz und Bereitwilligkeit.** Auch wenn ACT darauf besteht, dass Akzeptanz und Bereitwilligkeit nur indirekt gelernt werden können, sind direkte

Instruktionen, was zu tun ist, um diesen Lernprozess zu fördern, doch möglich. Dazu müssen wir Akzeptanz operationalisieren. Wir sollten dazu den Fokus auf die von Menschen kontrollierbaren Phänomene richten, wie es ACT selbst tut. Wenn wir mit Hilfe eines Disputs untersuchen, worüber wir Kontrolle haben, kommen wir zu dem Schluss, dass wir nur über unser Verhalten und unsere willkürlichen Gedanken Kontrolle haben. Diese Erkenntnis können wir mit Hilfe unseres Verstandes erlangen. Und das ist gut so: Denken hilft – unter der Voraussetzung, dass wir vernünftiges Denken trainieren, was wir in der KVT aktiv und direkt tun. Somit ist der Verstand mitnichten »nicht unser Freund«, wie es die ACT-Autoren behaupten, sondern nur ein *untrainierter* Verstand. Zudem bedeutet »nicht unser Freund« letztlich das umgekehrte, nämlich »unser Feind«. Auch ein untrainierter Verstand ist nicht per se unser Feind, da er nur seine Arbeit macht – nämlich uns versucht zu schützen. Der Verstand hat Begrenzungen, v.a. wenn er untrainiert ist. Nicht umsonst wirbt die Philosophie, den Verstand zu schulen, um ihn besser nutzen zu können. Nicht zuletzt basiert die gesamte ACT auf einem Einsichts- und Schulungsprozess. Den Verstand abzuwerten und nicht aktiv zu nutzen, entspricht dem Prinzip »das Kind mit dem Bade auszuschütten«. In der Tradition der KVT halte ich es für außerordentlich nützlich, den Verstand zu trainieren, damit er uns hilft, ein besseres Leben zu leben. Und es ist nützlich, seine Begrenzungen und Funktionstendenzen zu kennen. Wir können über ein vertieftes Nachdenken über ein Phänomen und ein Überprüfen unserer Hypothesen zu vernünftigen Modellen kommen, die uns helfen, uns besser an die Realität anzupassen. Beim Untersuchen des Themas Kontrolle werden wir zur Erkenntnis gelangen, dass wir nur Kontrolle über unsere willkürlichen Gedanken und unser Verhalten haben. Und wir können daraus schließen, dass es nur »funktional« ist, genau *diese* Kontrollmöglichkeiten zu nutzen und alle anderen Versuche zu unterlassen. Dieser Disput orientiert sich immer an der eigenen Erfahrung, ob ein Verhalten zum gewünschten Ziel führt oder eben nicht (funktionaler Disput). Durch dieses systematische Untersuchen gelangen Menschen zu der *Erkenntnis*, weshalb ihre Kontrollversuche ins Leere gehen und weshalb dieses Verhalten die Probleme verstärkt, statt sie zu lösen. Aus diesem Verständnis heraus sollte es ihnen noch besser gelingen, ihre Strategien zu verändern. Gerade weil sie nun verstehen und damit *wissen*, weshalb sie das eine tun bzw. das andere unterlassen sollten.

Menschen haben Kontrolle über ihr Verhalten und ihre willkürlichen Gedanken.

Die alten Grundannahmen werden mit Hilfe des ABC-Modells aktiv herausgearbeitet und durch neue ersetzt, die dann eingeübt werden müssen. Ich kann alles bei mir kontrollieren, v.a. meine Gefühle und Körperreaktionen.«

→ »Ich kann nur meine willkürlichen Gedanken und mein Verhalten kontrollieren, sonst nichts.«

- |  |   |  |
|--|---|--|
| »Das Symptom darf nicht sein und muss weg.«                  | → | »Das Symptom darf sein, auch wenn es unangenehm ist.«  |
| »Ich kann das Symptom nicht aushalten.«                      | → | »Ich kann das Symptom aushalten.«  |
| »Ich kann nur meine Ziele erreichen, wenn ich anders fühle.« | → | »Auch wenn ich mich schlecht fühle, kann ich handeln und meine Ziele verfolgen (da ich Kontrolle über mein Verhalten habe).« |

Diese neuen Gedanken können als alternative Grundhaltung den unangenehmen inneren Phänomenen gegenüber aktiv gewählt und gedanklich eingeübt werden. Natürlich reicht dies für eine Veränderung nicht aus. Alles endet im Verhalten, deshalb müssen wir dem Verhalten auch eine besondere Aufmerksamkeit entgegenbringen.

**Engagiertes Handeln lernen.** Bereitwilligkeit und Akzeptanz sind kein Selbstzweck. Niemand wird zwecklos Leiden lernen wollen. Deswegen muss immer das »wozu« geklärt werden: Bereitwilligkeit ist Begleiter auf dem Weg hin zur Realisierung von *moralischen Werten und Zielen*. Viele Menschen denken, sie müssen erst in einem angenehmen Zustand sein, um ein Ziel erreichen zu können. Es wird betont und mit Beispielen aus dem persönlichen Leben des Patienten belegt, dass das nicht notwendig ist: Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten heraus, wann und in welcher Situation sich dieser zu etwas ihm Wichtigen aufgerafft hat, obwohl er sich überhaupt nicht »danach gefühlt« hat. Hier sind immer einige Beispiele zu finden, die diese These bestätigen, beispielsweise Prüfungsangst – man geht trotz Angst zur Prüfung, aber nur, wenn einem die Prüfung und das Ziel, das mit dieser Prüfung verfolgt wird, wichtig sind.

Zielorientiertes Handeln ist trotz Unbehagens möglich.

Auch dies ist nichts Neues. In der Verhaltenstherapie wird dieses Prinzip schon lange angewendet, z. B. bei schwer depressiven Patienten beim Aktivitätenaufbau. Die Betroffenen erleben sich überhaupt nicht danach, aktiv zu werden. Und doch fördern die Therapeuten die Aktivität, *obwohl* der Depressive keinen Antrieb hat. Dass dies wirkt, gilt als nachgewiesen (Lewinsohn et al., 1976).

**Notwendiges versus unnötiges Leid.** Leid und Schmerz wird bei ACT als zum Leben zugehörig betont. Es kann notwendiges von unnötigem Leid unterschieden werden. Notwendiges Leid bedeutet das Leid, das zum Leben unvermeidbar dazugehört, wie beispielsweise Trauer bei Verlusten und Angst bei Gefahr. Unnötig ist Leid dagegen, wenn es durch Kontrolle bzw. Vermeiden erzeugt wird: z. B. Angst vor der Angst, Niedergeschlagenheit wegen Angst, Ärger wegen Ärger. Wichtig ist dabei, dass der Patient nicht der Unwilligkeit beschuldigt wird, sondern dass die Tendenz zur Unwilligkeit ein Teil des menschlichen Daseins ist.

Im nächsten Schritt wird erfahrungsorientiert durch Übungen, die mit unangenehmen Zuständen einhergehen, aufgezeigt, wie es natürlicherweise zur Unwilligkeit kommt, und wie sie überwindbar ist.

### Kognitive Defusion

**Identifizieren mit Gedanken.** Im Laufe unserer Lerngeschichte wird unser Verhalten immer weniger von unseren Erfahrungen gesteuert, stattdessen nehmen verbale Prozesse immer mehr Raum ein. Dabei identifizieren wir uns mit dem Inhalt unserer Gedanken und Vorstellungen und vergessen buchstäblich, dass es sich hierbei um gedankliche Symbolisationen handelt, die sich durch Konditionierungen automatisiert haben. Wir glauben dann unseren internen Regeln und Vorstellungen statt unseren Beobachtungen. Unsere Wahrnehmungen werden aufgrund dieser verbalen Regeln und Vorstellungen sogar so modifiziert, dass diese wiederum unsere Regeln und Vorstellungen bestätigen. In der ACT sollen nun keine inhaltlichen Veränderungen der Gedanken bewirkt werden, sondern das Denken soll *an sich* entdeckt und als solches von der Wirklichkeit unterschieden werden. Zunächst werden die Phänomene als solche benannt und die Sprachkonvention entsprechend angepasst, was ACT mit der KVT gemeinsam hat: Nicht »Ich *bin* so und so« und »Es *ist* so und so«, sondern »Ich *denke*, dass ich so und so bin« und »Ich *denke*, dass das so und so ist«. Erklärungen, Begründungen und Bewertungen werden aber nicht hinterfragt und verändert, sondern als das, was sie sind, benannt: »Das ist jetzt eine Erklärung oder eine Begründung oder eine Bewertung.« ACT verdeutlicht, dass die Gedanken und Gefühle keine handlungssteuernde Macht besitzen, sondern sich der Patient entscheidet, auf eine gewisse Art zu handeln. Dies soll im Verlauf eine Distanzierung von den Gedankeninhalten und Handlungsimpulsen der Emotionen im Sinne von »Ich habe Gedanken und Gefühle« und »Gedanken und Gefühle sind keine Wirklichkeit« bewirken. Um diesen Prozess zu fördern, werden wiederum erfahrungsorientierte Übungen angeboten. Beispielsweise bittet der Therapeut den Patienten, etwas Bestimmtes zu tun, während er laut das Gegenteil sagt: »Ich kann keine Kniebeugen machen!« oder »Ich kann nicht tanzen!«. Auf diese Weise erlebt der Patient, dass Gedanken keine Ursache von Handlungen sind. Bestimmte Glaubenssätze werden zum Zweck der Distanzierung humorvoll verfremdet: »Ich bin wertlos« wird einmal ganz tief und langsam und dann ganz schnell und hoch mehrfach wiederholt gesprochen. In der Regel fangen Patienten dabei an zu lachen und distanzieren sich dabei von der Bedeutungsschwere dieser Aussage. Auch Ellis wendete Verfremdungstechniken an, indem er mit den Patienten Lieder mit den dysfunktionalen Glaubensinhalten gesungen hat.

Das Auflösen von Bedeutung kann durch die *Milch-Übung* demonstriert werden: Das Wort »Milch« wird über ein bis zwei Minuten ganz schnell hintereinander gesprochen, wobei der Patient (und der Therapeut) erlebt, wie sich der Bedeutungsinhalt während der Übung auflöst und letztlich nur bedeutungslose Geräusche zurückbleiben.

Wie uns unser Gehirn über die Wirklichkeit täuscht, kann durch die Zitronenübung erlebbar gemacht werden: Der Therapeut lässt den Patienten eine Zitrone imaginieren,

die er teilt, langsam zum Mund führt und kräftig in sie hineinbeißt. In der Regel reagiert der Patient (und der Therapeut) mit Speichelfluss, obwohl weit und breit keine Zitrone vorhanden ist.

**Normalität der Identifizierung.** An dieser Stelle wird auch betont, dass diese Identifikation mit den Gedankeninhalten etwas Normales ist und blitzschnell unwillkürlich vor sich geht. Menschen werden quasi automatisch in die Gedanken »hineingezogen«. Dieser Vorgang ist ebenfalls nichts Persönliches und wird dementsprechend nicht dem Individuum zugeschrieben. Typische kommentierende Gedanken wie »Siehst du, so blöd kannst ja nur du sein, dir alles abzukaufen, was du denkst« können gleich als Demonstration dieses Mechanismus genutzt werden. Der Therapeut wirbt immer wieder verbal und durch sein Handeln für eine Nicht-Veränderung dieser Phänomene und gleichzeitig für eine De-Identifizierung. Durch diese De-Identifikation versetzt sich der Patient in die Lage, seine inneren Prozesse zunehmend achtsam wahrzunehmen und aus einer Beobachtungsposition zu erleben.

**Das Gefühl als Wahrheitskriterium.** Ich erlebe es immer wieder als schwierig für Patienten, sich ihre Gedanken, die als emotional stimmig erlebt werden, nicht mehr zu glauben. Sie nehmen ihr Gefühl als Wahrheitskriterium und glauben diese Inhalte deshalb weiterhin. Auch Ver fremdungserfahrungen helfen dabei meiner Erfahrung nach nicht wirklich weiter. Im KVT-Vorgehen wird der Verstand trainiert, indem mit Hilfe des ABC-Modells die äußere Situation (A) von den Interpretationen und der Bedeutungsgebung (B) unterschieden werden. Dieses Diskriminationstraining schult, die Wirklichkeit von unseren Ideen über die Wirklichkeit zu unterscheiden. Dies fördert die De-Identifikation von den Bedeutungen, indem erkannt wird, was wirklich in der Situation außerhalb von uns passiert bzw. eben nicht passiert. Zudem wird in der Reflexionsphase das Überprüfen von Gedanken in Hinblick auf Rationalitätskriterien trainiert. Der Patient wird dazu eingeladen, sein altes Wahrheitskriterium »Es ist wahr, weil ich es fühle« in »Es ist wahr, weil ich es überprüft habe« zu transformieren. Wenn er sich für Wissen entscheidet, werden das Aufgeben alter Überzeugungen und das Glauben der neuen gefördert. Der Patient muss sich immer wieder selbst überzeugen, weshalb seine alten Grundannahmen falsch oder nicht zielführend sind, und sich die neuen Grundannahmen stattdessen als richtig beweisen. Hier liegt ein klarer Unterschied von KVT und ACT: KVT schult direkt das vernünftige Denken. Beide Vorgehensweisen sehe ich nicht als Widerspruch, sondern als Ergänzung an. Die Aussagen »Glaube nicht alles, was du denkst« und »Denken hilft« sind beide hilfreich, um emotionale Probleme zu lösen und ein gutes Leben zu leben.

### **Achtsamkeit und Beobachter-Selbst**

**Die Meta-Meta-Position.** Achtsamkeit definiert Kabat-Zinn (2001) in buddhistischer Tradition als nicht-bewertende absichtsvolle Wahrnehmung des aktuellen Moments (vgl. Heidenreich & Michalak, 2005). Die Gegenwart wird umfassend wahrgenommen mit allen ihren Aspekten – Sehen, Hören, Schmecken, Riechen, Körperempfindungen, Gedanken und Gefühle – ohne diese als negativ oder positiv zu bewerten und ändern zu wollen. Man beobachtet diese in der Wahrnehmung auftauchenden Phänomene,

ohne mit ihnen identifiziert zu sein. ACT bietet dem Patienten die Position des Beobachters als Identifikationsstruktur an: Das Selbst als Beobachter-Selbst. Dieser Beobachter erlebt alles, ohne damit identifiziert zu sein, steuert aber aktiv sein Handeln. Durch die oben beschriebenen und weitere De-Identifikationsübungen lernt der Patient, seine Aussagen über sich von sich als Person zu trennen. Ebenso lernt der Patient, dass sein Erleben nicht der Wirklichkeit entspricht und er sich davon distanzieren kann. Als Nächstes wird ihm angeboten, dass er derjenige ist, der beobachtet, dass Gedanken und Gefühle auftauchen und erlebt werden. Er *ist* weder seine Gedanken, seine Gefühle und seine körperlichen Sensationen, noch ist er das Erleben dieser Phänomene. Er beobachtet das gesamte Geschehen. Er ist das Medium, in dem Erleben auftaucht. Hierzu werden Achtsamkeitsübungen und wiederum Metaphern angeboten, z.B. die *Schachbrett-Metapher*: Die schwarzen und weißen Figuren spielen gegeneinander. Die schwarzen sind die negativen Gedanken und die weißen die positiven. Der Patient identifiziert sich normalerweise mit den Figuren, mal mit Weiß, mal mit Schwarz. Das Spiel findet auf dem Schachbrett statt. Ohne Schachbrett kann nicht gespielt werden. Der Patient kann sich nun statt mit den Figuren mit dem Schachbrett identifizieren oder mit einer Position darüber, in der er das Brett und das Spiel beobachtet. Während nun die Figuren spielen, kann er das Brett samt Figuren nehmen und damit hingehen, wohin er will. Dies kann ihm mit Hilfe eines realen Schachbrettes anschaulich demonstriert werden.

**ACT versus KVT.** Die KVT stärkt die weißen Figuren (rationale und günstige Gedanken) und relativiert die Aussagen der schwarzen Figuren (irrationale und dysfunktionale Gedanken). ACT behauptet, weder das eine noch das andere zu tun. Die Macht der schwarzen Figuren wird aber relativiert, indem sie als Gedanken und nicht als Wirklichkeitsaussagen identifiziert werden. Auch das entspricht dem KVT-Vorgehen: Es geht nicht darum, bestimmte Gedanken nicht mehr zu denken, sondern diese nicht mehr zu glauben. Die ungünstigen Gedanken werden weiterhin auftauchen, da sie automatisiert sind. Während sich ACT auf die Meta-Meta-Ebene (Beobachter des Schachbretts mit den spielenden Figuren) beschränkt, fokussiert die KVT auf alle Ebenen und fördert das Verändern auf diesen. Zunächst müssen die übergeordneten Ebenen gemeistert werden und dann die ursprünglichen.

**Achtsamkeitsübungen.** Achtsamkeitsübungen werden in der Stunde und als Hausaufgabe durchgeführt. Dabei übt der Patient, alle Phänomene nicht bewertend wahrzunehmen, inklusive das Verschmelzen mit den Inhalten. Er trainiert dann, sich wieder zu de-identifizieren, ohne dies zu bewerten. Und wenn er bewertet, übt er, dies auch als solches wahrzunehmen. Anders als in den achtsamkeitsbasierten Therapien geht es hier nicht darum, dass der Patient nun eine regelmäßige formale Meditationspraxis etabliert und er fortan ein achtsamkeitsorientiertes Leben lebt, obwohl dies sicher nützlich sein und er das durchaus wählen kann. Das Vorgehen wird hier nur für die Distanzierung und De-Identifizierung genutzt, um dann im nächsten Schritt die persönlichen Werte und Ziele zu entwickeln.

**KVT und Achtsamkeit.** Achtsamkeit wurde bisher nicht explizit in der KVT gelehrt. In den humanistischen Traditionen finden wir Achtsamkeit als Teil der Interventionen.