

Wengenroth

**THERAPIE-TOOLS**



# Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

3. Auflage



**BELTZ**



**Matthias Wengenroth**, Dipl.-Psych., ist als Psychologischer Psychotherapeut sowohl in der Online-Therapie als auch in eigener Praxis im Rheinland tätig. Sein Schwerpunkt ist die Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen mit modernen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Über ACT hat er sowohl für das Fachpublikum als auch für interessierte und betroffene Laien publiziert.

Matthias Wengenroth, Dipl.-Psych.  
Psychotherapeutische Praxis  
Mankhauser Str. 1  
42699 Solingen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-29236-8 Print  
ISBN 978-3-621-29237-5 E-Book (PDF)

3., vollständig überarbeitete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
Verlagsgruppe Beltz  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
service@beltz.de  
Alle Rechte vorbehalten

Illustrationen: Claudia Styrsky, Boris Braun  
Lektorat: Andrea Glomb  
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer  
Herstellung: Myriam Frericks  
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

Verzeichnis der Arbeitsblätter	6
Vorwort zur 3. Auflage	10
Einführung	12
<b>1 Diagnostik</b>	<b>23</b>
<b>2 Akzeptanz und Bereitschaft</b>	<b>52</b>
<b>3 Defusion</b>	<b>99</b>
<b>4 Gegenwärtigkeit</b>	<b>151</b>
<b>5 Selbst als Kontext</b>	<b>177</b>
<b>6 Werte</b>	<b>202</b>
<b>7 Commitment</b>	<b>237</b>
<b>8 Alles in allem</b>	<b>263</b>
Literatur	309
Bildnachweis	310

# Verzeichnis der Arbeitsblätter

<b>Einführung</b>	12
AB 1 Gut zu wissen	21
<b>1 Diagnostik</b>	23
AB 2 Eingangsinterview	25
AB 3 Ein Minus auf dem Konto der Lebensqualität?	31
AB 4 Was ich gegen schwierige Gefühle tue	32
AB 5 Die Sache mit den Gefühlen	34
AB 6 Was habe ich über den Umgang mit Gefühlen gelernt?	35
AB 7 Schwierige Gedanken und ihre Macht	36
AB 8 Wie geht es mir in Beziehungen?	37
AB 9 Wie sehe ich mich selbst?	39
AB 10 Angehörigenfragebogen	41
AB 11 Meine Ziele	42
AB 12 Was hat mir geholfen?	44
AB 13 Der Stand der Dinge	45
AB 14 Das Zensurenspiel	46
AB 15 Wo stehe ich in der Therapie?	47
AB 16 Nach der Sitzung ist vor der Sitzung	48
AB 17 Was denke ich über die Therapie?	50
<b>2 Akzeptanz und Bereitschaft</b>	52
AB 18 Das Monster am Wegrand	60
AB 19 Die Geschichte vom Menschlein in der Grube	62
AB 20 Die Geschichte vom hungrigen kleinen Löwen	63
AB 21 Gegen Gefühle kämpfen – und verlieren	64
AB 22 Achtung, Teufelskreis!	66
AB 23 Wie tragen Sie Ihre Last?	68
AB 24 Was liegt in meiner Macht – und was nicht?	70
AB 25 Natürliches Leid und Vermeidungsleid	71
AB 26 Gedanken und Gefühle sind auf Dauer nicht in den Griff zu bekommen, trotzdem versuchen wir es immer wieder – wieso eigentlich?	72
AB 27 Die Ich-kann-nicht-Mauer und das Tor der Bereitschaft	74
AB 28 Schmerzhaftes Erlebnisse und die Folgen – mit und ohne Bereitschaft	76
AB 29 Wenn die Bereitschaft fehlt ...	78
AB 30 Nur die schönen Steine?	80
AB 31 Gefühls- und Bereitschaftsregler	81
AB 32 Bereitschaft – was sie ist und was nicht	83
AB 33 FAQs zu Akzeptanz und Bereitschaft	84
AB 34 Bereitschaft üben	88
AB 35 Bereitschaftstagebuch	89
AB 36 Lieber auf Nummer sicher, kann ja nicht schaden – oder doch?	90

AB 37	Der Friedensvertrag	91
AB 38	Nein oder Ja zu Ihrem Inneren	92
AB 39	Gefühlen Raum geben	93
AB 40	Das Monster auseinandernehmen	94
AB 41	Sich selbst trösten	95
AB 42	Vom Nein zum Ja	97

### **3 Defusion** 99

AB 43	Wenn Gedanken das Kommando übernehmen	109
AB 44	Sich selbst beim Denken zuschauen	111
AB 45	Aus einem Aber ein Und machen	112
AB 46	Bewertungen versus Eigenschaften	113
AB 47	Achtung, Bewertungen!	114
AB 48	Kann das sein? Alle Bewertungen passen zu allem	115
AB 49	Computerspiele der anderen Art	116
AB 50	Die Geschichten beim Namen nennen	117
AB 51	Und wie soll das Kind heißen?	118
AB 52	Gedanken abhaken	120
AB 53	Wie ein Fisch am Haken	122
AB 54	Gedanken zu Federn	123
AB 55	Gedanken als Fußfesseln und als Ruhekissen	124
AB 56	Gebrauchsanleitung für den Verstand	127
AB 57	Gedanken als Werkzeuge	132
AB 58	Aufräumen im Elternhaus	133
AB 59	Es hört sich gut an – aber funktioniert es auch?	135
AB 60	Das eine gedacht, das andere getan	136
AB 61	Dann steht's da eben – na und?	137
AB 62	Spaziergang mit dem Verstand	138
AB 63	Die hohe Kunst, »Ich weiß es nicht« zu sagen	139
AB 64	Ich tanz nicht mehr nach deiner Pfeife, Quälgeist!	141
AB 65	Mails von Ihrem Verstand	143
AB 66	Können Sie mir das bitte mal erklären?	144
AB 67	Hellseherei: Kleines Experiment über das Denken	145
AB 68	Das ist keine Pfeife	146
AB 69	Anders mit Gedanken umgehen – die Möglichkeiten	147
AB 70	Anders mit Gedanken umgehen – meine Erfahrungen	150

### **4 Gegenwärtigkeit** 151

AB 71	Die Taschenlampe im Kopf	156
AB 72	Zurückkommen ins Jetzt	158
AB 73	Das Prinzip der Achtsamkeit	160
AB 74	Achtsames Atmen	162
AB 75	Innenleben-Inventur	163
AB 76	Was und wo in Ihrem Körper	165
AB 77	Langsam ins Licht	166
AB 78	Gedanken achtsam beobachten	167
AB 79	Ungerichtete Achtsamkeit	168

AB 80	Kommen lassen – einordnen – loslassen	169
AB 81	Pendeln zwischen Atem und Problemen	171
AB 82	Der Außerirdische	172
AB 83	Matheaufgabe oder Sonnenuntergang	174
AB 84	Die Angst ins Jetzt holen	176

## **5 Selbst als Kontext** 177

AB 85	Gefühlsfische	182
AB 86	Anteilnahme mit dem eigenen Selbst	184
AB 87	Immer dabei: das Beobachter-Ich	186
AB 88	Das Ich ist mehr als die Gedanken	187
AB 89	Das Schachbrett	188
AB 90	Beobachten Sie sich beim Beobachten	189
AB 91	Raum für alles	190
AB 92	Ein Brief an mich selbst	191
AB 93	Die Wahrheit und nichts als die Wahrheit	192
AB 94	Was für ein schöner Anzug – nur: Er passt nicht!	194
AB 95	Ich bin ... ja, bin ich denn wirklich?	196
AB 96	Selbstakzeptanz vor dem Spiegel	198
AB 97	Sich selbst akzeptieren anstatt das Ego füttern	200

## **6 Werte** 202

AB 98	Die beiden Wanderer	208
AB 99	Der Diamant in der Mülltonne	209
AB 100	Unterscheiden zwischen Werten und Zielen	210
AB 101	Ein idealer Tag	211
AB 102	Spaziergang über den Friedhof	212
AB 103	Die Diagnose	214
AB 104	Die Erbschaft	215
AB 105	Was will ich meinem Kind vorleben?	216
AB 106	Rückblick auf Ihr Leben	217
AB 107	Dankbarkeit	219
AB 108	Lassen Sie sich berühren: Das Wertetagebuch	220
AB 109	Satzanfänge für ein gutes Leben	221
AB 110	Werte sortieren: Was ist mir wichtig?	223
AB 111	Höchstpersönlich: Meine Vorstellungen von einem gut gelebten Leben	225
AB 112	Wie will ich tun, was ich tue?	228
AB 113	Mein Wertesternbild	230
AB 114	Wertefragebogen	231
AB 115	Die Wie-will-ich-leben-Collage	234
AB 116	Die Wertezielscheibe	235

## **7 Commitment** 237

AB 117	Das Versprechen	244
AB 118	Von Werten zu Handlungen: kleine, große und mittlere Schritte	246
AB 119	Werte in Beziehungen	247

AB 120	Zwei Seifenblasen	248
AB 121	Der erste Liebeskummer – und das Leben danach	249
AB 122	Wie würde mein Leben aussehen?	250
AB 123	Die Anziehungskraft der Werte	252
AB 124	Darauf warten, dass es klick macht – oder selbst den Schalter umlegen?	253
AB 125	Gute Gewohnheiten	255
AB 126	Mein Commitmentgeländer für schwierige Tage	257
AB 127	Verzeihen	259
AB 128	Verzeihen können – sich und anderen	260
AB 129	Vertrauen schenken	261

## **8 Alles in allem** 263

AB 130	Mach ich doch mit links!	266
AB 131	Meine Werkzeugkiste	267
AB 132	Nicht nur <i>eine</i> App	273
AB 133	Eine Achtsamkeitsbrille für den Alltag: Die Matrix	276
AB 134	So hilft Ihnen die Matrix	279
AB 135	Die Matrix: zwei Beispiele	281
AB 136	Die Matrix visuell	282
AB 137	Mit der Matrix aus der Grube	283
AB 138	Matrix: Mit fünf Fragen los vom Haken	284
AB 139	Die Matrix für dich und mich	286
AB 140	Von Gefühlen zu Herzensangelegenheiten	288
AB 141	Busfahrer-Metapher	290
AB 142	Oje, wer ist denn da in meinen Bus gestiegen?	291
AB 143	Mein Veränderungsplan: Werte, Ziele, Handlungen, Barrieren und der Umgang damit	293
AB 144	Sch-L-A-U aus dem Krisenmodus	296
AB 145	Exposition nach Art von ACT	298
AB 146	Der Angst trotzen – sind Sie bereit?	300
AB 147	Zehn goldene Regeln für den Umgang mit Gefühlen	303
AB 148	Auf den Punkt gebracht: Die WANDEL-Formel	304
AB 149	Eine kleine Lebensphilosophie	305
AB 150	Happy End	306
AB 151	Und wenn es mal nicht so gut läuft?	307

## Vorwort zur 3. Auflage

Optimismus ist eine schöne Sache, oder? Es fühlt sich gut an, zuversichtlich und hoffnungsfroh zu sein, und wir verfolgen in der Regel auch nur dann irgendwelche Ziele, wenn wir uns zumindest eine gewisse Chance ausrechnen, diese auch erreichen zu können. Kann Optimismus auch problematisch sein? Ja, kann er, diese Auffassung vertrat zumindest die Kulturtheoretikerin Lauren Berlant (2011), die sogar von einem grausamen Optimismus sprach. Problematisch, geradezu zerstörerisch, wird Optimismus, wenn er sich – so ihre These – an Ziele bindet, die verlockend erscheinen, aber letztendlich nicht zu erreichen sind. Die Grausamkeit besteht darin, dass Einzelne oder auch ganze Gesellschaften hohe und letztendlich sinnlose Opfer für das Erreichen dieser Ziele erbringen, anstatt ihre Ressourcen für andere, sinnvolle Zwecke einzusetzen. Der Preis, den sie dafür bezahlen, kann immens sein.

Ein wesentliches Ziel der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) ist es, eine besondere Form dieses grausamen Optimismus aufzulösen, nämlich die Vorstellung, dass es möglich sei, schwierige und schmerzhaft psychologische Reaktionen in den Griff zu bekommen und ein Leben zu führen, das frei von Angst, Trauer, Wut, belastenden Erinnerungen und anderen Gedanken und Gefühlen ist, die wir »negativ« nennen – wobei da das Problem oft schon anfängt.

ACT ist äußerst skeptisch, was die Möglichkeiten betrifft, schmerzhaft Emotionen und Kognitionen unter Kontrolle zu bekommen, und strebt das Aufgeben der »Kontrollagenda« an: weg von einem grausamen Optimismus hin zu einer »kreativen Hoffnungslosigkeit«, die ihr Momentum aus dem Loslassen eines unerreichbaren Ziels gewinnt. ACT verspricht also keine Befreiung von schmerzhaften Gefühlen, schon im Namen steckt das Ziel: Es geht nicht um Auflösung, Überwindung, Beseitigung, sondern um Akzeptanz – und das ist vielleicht nicht unbedingt das, was leidende Menschen hören wollen, die sich Hilfe von einem Therapieansatz versprechen. ACT ist eine ehrliche Haut und spricht eine schwierige Wahrheit aus. Ist ACT also pessimistisch? Nein, keineswegs. ACT ist sogar äußerst optimistisch, was die Möglichkeit betrifft, eine andere Beziehung zu unserem Schmerz, unserer Traurigkeit, unserer Angst und unserer Wut aufzubauen, Frieden mit diesen inneren Reaktionen zu schließen und auch unter schwierigen äußeren und inneren Bedingungen das Handeln an persönlichen Wertvorstellungen auszurichten und ein sinnerfülltes, vitales und produktives Leben zu führen. Nicht die Person ist hoffnungslos, die Kontrollagenda ist es.

ACT stellt weitverbreitete Vorstellungen über Gedanken und Gefühle und den Umgang mit ihnen auf den Prüfstand. In einer Therapie nach dem ACT-Modell geschehen Dinge, die dem, was unsere Kultur an Vorgaben macht und an Lösungen anbietet, diametral widersprechen. ACT ist komplex. ACT ist kontraintuitiv. ACT ist kontrakulturell. Daher ist ACT interessant. Genau damit ist jedoch auch eine Gefahr verbunden, nämlich die, mehr über ACT zu *reden* als ACT zu *praktizieren*. Dies sind aber zwei völlig unterschiedliche Dinge. Aus diesem Grund hat mir die Idee des Beltz Verlags, ein Buch über ACT in der Reihe Therapie-Tools herauszubringen, von Anfang an gut gefallen. Das Grundkonzept der Bände dieser Reihe legt den Fokus klar auf das unmittelbare Geschehen in der Therapie und lenkt es durch konkrete, strukturierte und praktikable Handlungsanleitungen und Arbeitsmaterialien in eine Richtung, die ein sinnloses Theoretisieren und eine noch tiefere Verstrickung in unnütze Gedankenschleifen vermeidet und Alternativen dazu unmittelbar erfahrbar macht.

In den Jahren seit Erscheinen der zweiten Auflage sind noch einmal zahlreiche Artikel und Bücher zu ACT und seiner Anwendung erschienen, auch das Internet ist voll von ACT. Die neuen Erkenntnisse und Impulse, die ich durch die Rezeption der Veröffentlichungen, kollegialen Austausch und die tägliche Arbeit in meiner eigenen Praxis machen durfte, sind in diese neue Auflage eingeflossen. Die grundlegenden Ansatzpunkte und Zielsetzungen sind die gleichen geblieben, es sind jedoch eine Reihe von Übungen, Metaphern und Formulierungen hinzugekommen, zu denen ich neue Arbeitsblätter gestaltet habe. Um den Umfang des Buches in einem angemessenen Rahmen zu halten, habe ich an-

dere Arbeitsblätter etwas verdichtet und einige, die mir redundant erschienen, aus dem Band herausgenommen. Zu den Neuerungen und Ergänzungen dieser Auflage gehören:

- ▶ eine Kategorisierung der verschiedenen Defusionstechniken auf der Grundlage einer Arbeit von Assaz et al. (2023) (sowohl im Theorieteil als auch auf dem Arbeitsblatt mit dem Überblick über die verschiedenen Techniken)
- ▶ ein orientierendes Informationsblatt für den Beginn der Therapie
- ▶ ein Fragebogen für Angehörige zur Ergänzung der Diagnostik
- ▶ ein Arbeitsblatt zur Erfassung des »konzeptualisierten Selbst« sowie des Ausmaßes an Fusion mit diesem, ebenfalls zur Ergänzung der Diagnostik
- ▶ ein Bogen zur zeitökonomischen Erfassung der Therapieeffekte im Verlauf (»Zensurenspiel«)
- ▶ neue Defusionstechniken (wie Gedanken abhaken, Ich-weiß-es-nicht-Sagen, Schreiben mit der nicht-dominanten Hand, kurze »freche« Antworten)
- ▶ ein Arbeitsblatt für die ACT-konforme Arbeit mit dem biografischen Hintergrund (»Aufräumen im Elternhaus«)
- ▶ die Darstellung der Essenz einer achtsam-akzeptierenden Haltung mithilfe einer schönen Metapher von Kelly Wilson (Sonnenuntergang versus Matheaufgabe)
- ▶ neue Commitment-Metaphern (sich etwas versprechen; den Schalter umlegen anstatt darauf warten, dass es *klick* macht)
- ▶ die Darstellung des DNA-V-Ansatzes von Louise Hayes und Ciarrochi in neuem Gewand (»Nicht nur *eine* App«)
- ▶ Arbeitsblätter zur ACT-basierten Expositionsbehandlung
- ▶ Arbeitsblätter mit einem komprimierten Überblick zu jedem Flexibilitätsskill (»Werkzeugkiste«)
- ▶ ein neues Kapitel (8 »Alles in allem«), das diejenigen Arbeitsblätter enthält, die auf mehrere oder alle Flexibilitätsprozesse abzielen

Bedanken für zahlreiche Verbesserungsvorschläge zum Manuskript möchte ich mich bei Bärbel Wengenroth, Norbert Schneider, Manuela Kolla und Nathalie Klingen, für die gelungenen neuen Illustrationen bei Boris Braun sowie für die gewohnt gute Zusammenarbeit bei Andrea Glomb vom Beltz Verlag.

Zwei Hinweise zur Sprache sind hier noch angebracht. Erstens: Dieses Buch ist nicht gegendert. Die geschlechterbezogenen sprachlichen Formen werden nach herkömmlicher Art verwendet: Personenbezeichnungen, die auf -in/-innen enden (und die entsprechenden femininen Artikel und Pronomen) sind weiblichen Personen vorbehalten. Für andere Personen und in den Fällen, in denen das Geschlecht irrelevant ist, werden die unmarkierten, grammatikalisch maskulinen Formen benutzt. Und zweitens: Alle Zitate aus nicht deutschsprachigen Quellen wurden von mir übersetzt. Für sämtliche Fehler (hoffentlich sind es nicht zu viele) bin ich daher selbst verantwortlich. Was natürlich auch für das ganze Buch und seinen Inhalt gilt. Ich fürchte, es sind eine Menge Dinge drin, die man besser hätte machen können, und bitte um Nachsicht. *Und* ich bin zuversichtlich – das ist bestimmt kein grausamer Optimismus –, dass Sie, liebe Leserin, lieber Leser, dennoch etwas Gutes damit anzufangen wissen.

Solingen, im Januar 2025

*Matthias Wengenroth*

# Einführung

Ein letztes Mal musste Aron Ralston das Messer ansetzen, ein letzter Schnitt, dann hatte er seine Hand von seinem Arm getrennt. Die Schmerzen waren extrem, Ralston war aufgrund der ungeheuren Anstrengung, die ihm dieser Akt abverlangt hatte, und der Dinge, die zuvor geschehen waren, am Ende seiner Kräfte und er hatte berechtigte Zweifel daran, ob er die nächsten Stunden überleben würde. Dennoch war seine Freude groß. Er hatte es geschafft.

Die Geschichte des Bergsteigers Aron Ralston, dessen rechte Hand auf einer seiner Touren in einem Spalt zwischen zwei Steinen eingeklemmt wurde und der sich nur dadurch befreien konnte, dass er sie sich in einer unglaublichen Kraftanstrengung amputierte, zeigt, dass wir das Verhalten von Individuen immer in dem Kontext betrachten müssen, in dem es sich vollzieht. Sich selbst einen gesunden Körperteil zu amputieren ist eine Handlung, die losgelöst von der Gesamtheit der Umstände, in die sie eingebettet ist, nicht nachzuvollziehen ist. Stellen Sie sich nur einmal vor, was geschehen würde, wenn jemand die 112 wählt und meldet: »Hier ist gerade jemand dabei, sich eine Hand abzuschneiden.« Der Kontext einer Handlung wird zu einem Teil durch die äußere Situation gebildet. Wenn wir erfahren, dass Ralston bereits fünf Tage in dem Felsspalt feststeckte, dass er keine Nahrung mehr hatte, dass er sich in einer abgeschiedenen Gegend befand, in der die Chancen auf Hilfe von außen äußerst gering waren, wird die Handlung verständlicher: Nur so konnte er sein Leben retten. Dennoch reicht dieser äußere Kontext wohl nicht aus, um zu erklären, was ihn befähigte, diesen Schritt zu vollziehen. Viele Menschen würden sagen, dass sie auch unter diesen Bedingungen nicht zu einer solchen Handlung in der Lage gewesen wären, vor allem wenn sie erfahren, mit welchen enormen Schwierigkeiten Ralston zu kämpfen hatte. Das Messer, das er zur Verfügung hatte, war alles andere als gut geeignet für diesen Zweck, es war eher klein und hatte eine relativ stumpfe Klinge. Man kann sich vorstellen, was das für die »Operation« bedeutete. Zum Durchtrennen der Knochen war es völlig ungeeignet, Ralston musste sich die Knochen brechen. Wie kann ein Mensch zu so etwas fähig sein? In welchem »inneren Kontext« ist eine solche Handlung möglich? Zwei Aspekte sind hervorzuheben. Ralston musste nicht nur den Schmerz, sondern noch andere schwierige Gedanken und Gefühle akzeptieren, die mit seiner Situation und der Entscheidung zur Amputation verbunden waren: den Hunger, den Durst, die Zweifel, ob es ihm gelingen würde, die Angst, was danach geschehen würde. In einem Interview spricht Ralston, auf dessen Erlebnis in den Bergen der Spielfilm »127 Hours« basiert, über die Möglichkeit, dass er das Messer auch auf eine andere Weise hätte benutzen können: Er hätte sich die Pulsadern aufschneiden können, um zu sterben. Dies zu tun wäre deutlich weniger anstrengend, weniger schmerzhaft, weniger verunsichernd gewesen als weiter am Leben zu bleiben und zu tun, was er dafür tun musste. Hätte er sich umgebracht, hätten wir bestimmt großes Verständnis dafür gehabt. Es gibt eine starke Tendenz sowohl in unserer Kultur im Allgemeinen als auch in einzelnen Individuen, unangenehme Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen zu regulieren und zu vermeiden. Ralston aber konnte nur tun, was er tat, indem er sein Handeln nicht unter die Maxime der Vermeidung unangenehmer Empfindungen stellte, sondern ein ausgesprochen hohes Maß an Bereitschaft zeigte, sich den schwierigen Gefühlen und Gedanken zu stellen, die mit der Entscheidung zum Weiterleben und zur Amputation der Hand verbunden waren. Um diese Bereitschaft aufzubringen, so beschreibt es Ralston, musste er sich innerlich eng mit dem verbinden, was ihm im Leben am meisten bedeutete, mit seinen tiefsten Wünschen, Sehnsüchten, Träumen. Da es zweifelhaft war, ob er überleben würde, nahm er mit der Videokamera, die er bei sich trug, Abschiedsworte für seine Familie und seine Freunde auf. Genau dies brachte ihn in Kontakt mit dem, was für ihn im Leben am meisten zählte: die Beziehungen zu den Menschen, die ihm nahestanden. »Der Wert, den meine Familie, meine Freunde und meine Leidenschaften für mich haben«, schreibt er in seinem Buch über die schwierigsten Tage seines

Lebens, »verleiht mir eine Kraft, die ich sonst nur spüre, wenn ich einen Gipfel ersteige, nur fühlt sich diese neue Kraft zehntausendmal stärker an« (Ralston, 2006, S. 305). Verbindung aufzunehmen mit dem, was ihm diese Beziehungen – existierende und zukünftige, beispielsweise die zu einem Kind, das er sich wünschte – bedeuteten, machte es ihm möglich, zu tun, was er dann tat – trotz der enormen Qualen, die er dabei aushalten musste.

### **Eine kontextuelle Therapie**

Aron Ralstons Verhalten in dieser Situation ist eine extreme Handlung unter extremen Umständen. Die Situationen, in denen sich Psychotherapiepatienten befinden, sind meist weniger extrem, aber auch die Patienten stecken in gewisser Weise fest, haben sich verstrickt in eines oder mehrere Probleme und alles, was sie tun, um sich zu befreien, scheint die Sache nur zu verschlimmern. Um loszukommen, müssen sie sich keine Körperteile amputieren und auch in der Regel keine körperlichen Höllenqualen erleiden, wie Ralston sie durchstehen musste. Aber der Kontext ihres Verhaltens muss sich ändern und sich dem Kontext annähern, der Voraussetzung dafür war, dass Aron Ralston sich aus der Felsspalte befreien und sein Leben fortführen konnte. Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie hat es sich zur Aufgabe gemacht, einen Kontext zu beschreiben, unter dem pathologisches Verhalten ab- und gesundes Verhalten aufgebaut werden kann, und Techniken zu entwickeln, die der Schaffung eines solchen Kontextes für das Individuum förderlich sind. Akzeptanz von schwierigen Erlebnisweisen (z. B. schmerzhaften Gefühlen und negativen Gedanken) und Werte als Merkmale eines Kontextes, der der psychischen Flexibilität und dem individuellen Wohlergehen dienlich sind, spielen dabei eine große Rolle.

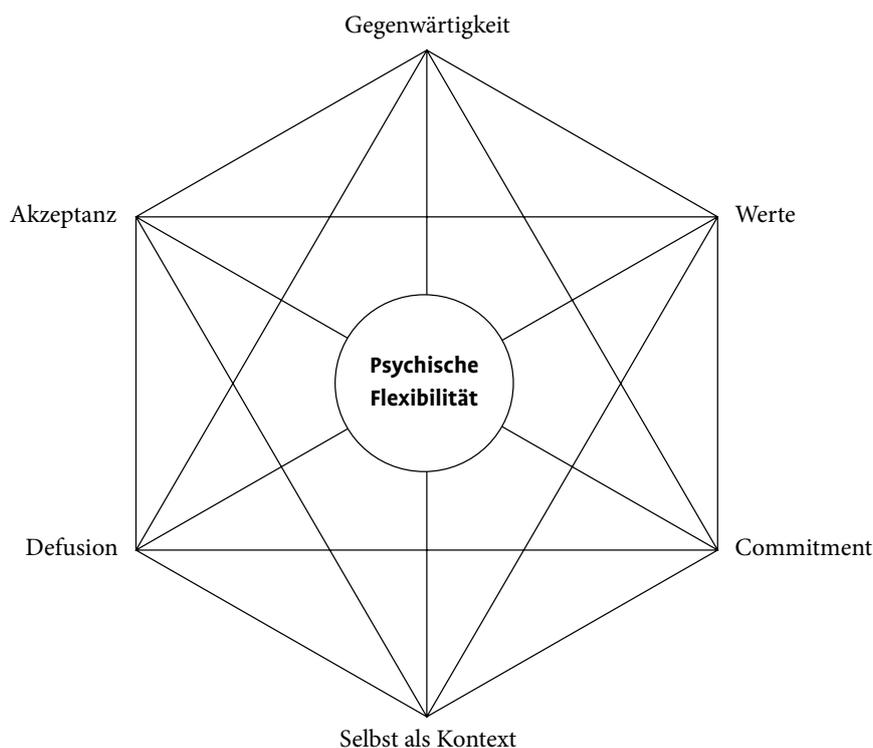
### **Sechs therapeutische Ansatzpunkte**

Am Anfang einer Therapie erscheinen Patienten in mancher Hinsicht wie Marionetten, die vollständig durch die Fäden gesteuert werden, an denen sie hängen. Einen Teil dieser Fäden machen bestimmte Erlebnisweisen aus, d. h. Gefühle, Gedanken, Impulse und körperliche Empfindungen. Beispielsweise hat der Patient Angst vor etwas und er scheint keine andere Möglichkeit zu haben, als die Situation, die ihm Angst bereitet, zu vermeiden. Oder er hat den Gedanken, dass alles, was er anfasst, schief läuft, und dieser Gedanke bringt ihn dazu, nichts mehr auszuprobieren, was mit dem geringsten Risiko eines Scheiterns verbunden wäre. Vielleicht hat er oft den Impuls, einer bestimmten Gewohnheit nachzugehen (z. B. eine bestimmte psychotrope Substanz einzunehmen oder sich zehnmal die Hände zu waschen, wenn er etwas berührt hat, was auf dem Boden lag), und setzt diesen Impuls mechanisch in Handlungen um. Bestimmte körperliche Reaktionen veranlassen ihn regelmäßig dazu, ein Beruhigungsmittel einzunehmen oder einen Arzt aufzusuchen, um sich bestätigen zu lassen, dass keine ernsthafte Erkrankung dahinter steckt. Andere Fäden stellen die soziale Umwelt dar – Erwartungen, die andere Menschen vermeintlich oder tatsächlich an den Patienten haben und die ihn automatisch dazu bringen, diese Erwartungen erfüllen zu wollen (oder dies gerade nicht zu wollen, wodurch er genauso abhängig von ihnen ist). Auch von dem Bild, das sich der Patient im Laufe seines Lebens von sich selbst gemacht hat, gehen Fäden aus, die an ihm ziehen und ihn quasi zwingen, bestimmte Dinge zu tun oder zu lassen, um diesem Bild treu zu bleiben. Schließlich hängt er auch noch an den Fäden seiner Vergangenheit sowie seiner Zukunft. In der Vergangenheit mögen Dinge geschehen sein, die er bedauert, die er nicht versteht oder die schmerzhaften Erinnerungen hinterlassen haben und die er klären oder loswerden will. Die Zukunft ist letztendlich immer ungewiss und fordert dazu auf, sich mit ihr zu beschäftigen: Was wird werden, was kann alles passieren, wie kann ich verhindern, dass schlimme Dinge geschehen?

Unsere Patienten unterscheiden sich dahingehend, in welchem Ausmaß sie sich durch die »Fäden«, an denen sie hängen, in ihrer Bewegungsfreiheit beeinträchtigen lassen, aber sie leiden alle unter ihrem »Marionettendasein«, oft so sehr, dass sie immer wieder versuchen, die Fäden zu kappen, etwa indem

sie sich betäuben, abstumpfen, zynisch werden oder sich mehr oder weniger aus ihren sozialen Beziehungen zurückziehen. Aber für diese »Lösungen« zahlen sie einen hohen Preis, sollten diese denn überhaupt funktionieren. Auf die Dauer ist es uns Menschen nicht möglich, bestimmte Gefühle oder Gedanken aus dem Inventar unserer Erlebnisweisen auszuschließen. Und als soziale Wesen sind und bleiben wir auf andere angewiesen und können nicht verhindern, dass diese Einfluss auf uns haben. Ebenso wenig lässt sich verhindern, dass sich aus den vielen gedanklichen Mosaiksteinchen, die wir selbst und andere sammeln, ein Bild unserer Person ergibt und unser Verstand Antworten auf die Frage produziert, wer und was wir sind. Wir sind auch als historische Wesen in einen zeitlichen Verlauf eingebettet, der nur eine Richtung kennt: vom Gestern über das Heute hin zum Morgen. Die Vergangenheit hat Spuren hinterlassen, die uns manchmal nützlich sind und manchmal nicht – beseitigen lassen sich diese Spuren nicht, ebenso wenig wie es uns möglich ist, zu »vergessen«, dass eine Zukunft auf uns zukommt, von der wir nicht wissen, wie sie sein wird, aber wissen, dass sie furchtbar sein könnte. *Things might go terribly horribly wrong*, es könnten furchtbare, grauenvolle Dinge geschehen, wie Kelly Wilson und Troy Dufrene (2010) ihr Selbsthilfebuch für Patienten mit Angststörungen treffenderweise genannt haben. Nein, wir können die Fäden nicht kappen, als menschliche Wesen sind wir darauf angewiesen, mit all dem in Verbindung zu sein, was da »an uns zieht«.

In einer Therapie nach dem ACT-Modell geht es, so könnte man es ausdrücken, zum einen darum, die Fäden geschmeidiger zu machen, sodass sie nachgeben, als wären sie aus Gummi, nicht aus einem festen, starren Material. So bleibt der Patient verbunden mit wichtigen Einflüssen, die sein Menschsein ausmachen, aber ist nicht mehr Sklave seiner Gefühle und Gedanken, seines Umfeldes, seines Selbstbildes, seiner Vergangenheit oder seiner Zukunft. Zum anderen statet ACT die Marionette – die dann keine mehr ist – mit Klarheit darüber aus, was sie sich für sich selbst und ihr Leben erhofft, worauf sie Wert legt. Die Behandlung zielt nicht zwingend darauf ab, dass der Patient sich besser fühlt, sondern dass er einerseits spürt und akzeptiert, was es heißt, ein lebendiges menschliches Wesen zu sein, und gleichzeitig die innere Freiheit hat, sein Verhalten in den Dienst seiner Werte zu stellen, seiner persönlichen Vorstellungen von einem gut gelebten Leben. Innerhalb des ACT-Modells gibt es sechs Ansatzpunkte für die Förderung psychischer Flexibilität, die voneinander unterschieden werden, wenngleich alle auch miteinander in Zusammenhang stehen, wie in der nebenstehenden Abbildung (dem sogenannten Hexaflex) zum Ausdruck kommt.



- ▶ **Akzeptanz** bezieht sich auf die Fähigkeit, sich den eigenen inneren Reaktionen (Gefühlen, Gedanken, Impulsen, körperlichen Reaktionen) gegenüber zu öffnen und sie so anzunehmen, wie sie sind, anstatt sie vermeiden, loswerden oder verändern zu müssen.
- ▶ **Defusion** bezeichnet eine bestimmte Haltung gegenüber den »Produkten« des Verstandes, unseren Gedanken: Diese werden nicht automatisch für bare Münze genommen, sondern aus einem gewissen Abstand heraus betrachtet, sodass sie nicht unausweichlich bestimmte Handlungen nach sich ziehen müssen.
- ▶ Mit **Gegenwärtigkeit** ist die Fähigkeit gemeint, von Augenblick zu Augenblick präsent zu sein, anstatt ständig gedanklich in die Vergangenheit oder Zukunft abzutauchen.
- ▶ Die Fähigkeit, sich **selbst als Kontext** des eigenen Erlebens zu sehen, überwindet die häufig einschränkende Tendenz, sich mit einem gedanklich konstruierten Bild von sich selbst (*dem konzeptualisierten Selbst*) gleichzusetzen, und schafft eine sichere, stabile Perspektive, aus der heraus schwierige Erlebnisweisen nicht mehr als bedrohlich erlebt werden.
- ▶ **Werte** sind aus der Sicht von ACT erwünschte, frei gewählte, verbal konstruierte Verhaltenskonsequenzen, an denen Menschen ihr Verhalten ausrichten können – anders ausgedrückt: die Summe der Vorstellungen einer Person von einem gut gelebten Leben.
- ▶ Mit **Commitment** ist die innere Festlegung auf bestimmte Werte, Ziele und Handlungen bzw. Handlungsweisen gemeint. Ein Commitment einzugehen bedeutet, die Wahl zu treffen, Schritte in eine bestimmte Richtung zu gehen und den Kurs zu korrigieren, wenn man feststellt, dass man davon abgewichen ist.

### ACT als kontrakulturelle und kontraintuitive Therapie

Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie ist der Familie der kognitiven Verhaltenstherapien zuzurechnen und beruft sich wie andere Ansätze aus dieser Gruppe auf lerntheoretische Grundlagen. Es wird auch von einer »dritten Welle« der Verhaltenstherapie gesprochen, zu der neben ACT eine Reihe von Verfahren gerechnet werden, denen gemeinsam ist, dass sie Aspekte wie Werte, Akzeptanz und die therapeutische Beziehung in den Vordergrund rücken sowie in ihrem methodischen Vorgehen Elemente aus der ursprünglich im Buddhismus entwickelten Praxis der Achtsamkeitsschulung nutzen. Anders als die Vertreter der frühen verhaltenstherapeutischen Ansätze (»erste Welle«), die sich vor allem für das sichtbare Verhalten und dessen Beeinflussbarkeit durch äußere Reize interessierten, haben sich die Vertreter der »zweiten Welle« intensiv mit gedanklichen Prozessen auseinandergesetzt. Aus der Verhaltenstherapie wurde die *kognitive* Verhaltenstherapie, die darauf abzielte, negative, verzerrte oder fehlerhafte Einstellungen und Denkweisen zu verändern, die als die Ursache für Störungen des Verhaltens und Erlebens betrachtet wurden. Auch ACT befasst sich mit den Gefühlen und Gedanken von Patienten, tut dies aber auf eine völlig andere Art und Weise als die kognitiv-behavioralen Ansätze der »zweiten Welle«. ACT stellt sich damit nicht nur gegen den Mainstream in der Verhaltenstherapie, sondern schwimmt auch gegen den Strom bestimmter Einstellungen über das Seelenleben und einen »gesunden« Umgang mit Gefühlen und Gedanken, die in unserer Kultur weit verbreitet sind. So ist es beispielsweise Allgemeingut, dass es erstens möglich und zweitens geboten sei, negative Gefühle zu »managen« oder von vornherein zu vermeiden. Darüber hinaus wird oftmals ein enger Bezug zwischen Gedanken und Handeln hergestellt in dem Sinne, dass Gedanken Handlungen unmittelbar verursachen und es daher enorm wichtig sei, »richtig« zu denken und falsche, verwerfliche, negative oder in anderer Weise inakzeptable Gedanken erst gar nicht zu haben oder tunlichst abzustellen, falls sie auftreten.

ACT hat, was unerwünschte Gedanken und Gefühle angeht, zwei Nachrichten für Therapeuten und Klienten, eine gute und eine schlechte. Die schlechte: Es gibt kein wirksames Rezept, um sie zu verhindern, loszuwerden oder auf andere Weise zu kontrollieren. Die gute: Es ist auch nicht nötig, dies zu tun, um ein gutes, erfülltes, »gesundes« Leben zu führen. Wir werden noch darauf zurückkommen,

worin die ACT-Alternative zur Vermeidung unangenehmer Gefühle und Änderung unerwünschter Gedanken besteht, insbesondere in den Kapiteln über Akzeptanz und Defusion. An dieser Stelle sollte nur gezeigt werden, dass ACT eine kontraintuitive und kontrakulturelle Therapie ist, die den Patienten einlädt, Haltungen einzunehmen und Strategien auszuprobieren, die in einem gewissen Widerspruch zu dem stehen, was der Einzelne mit seinem »gesunden Menschenverstand« für richtig hält und was sich unsere Kultur im Ganzen auf ihre Fahnen geschrieben hat. In dieser Eigenschaft von ACT kann man durchaus einen Vorteil sehen. Stellt sich nicht die Frage, ob der Patient von einer Therapie profitieren kann, die von vornherein nur dieselben Erklärungen und Hilfen anbietet, die derjenige, der sich von ihr Impulse zur Veränderung verspricht, sowieso schon Tausende von Malen gehört hat? Ist nicht anzunehmen, dass möglicherweise gerade die Übernahme dieser weitverbreiteten Erklärungsmuster bzw. die Anwendung der entsprechenden »Rezepte« überhaupt erst zum Entstehen seiner Probleme beigetragen haben? Trösten wir uns also damit, dass das Kontrakulturelle und Kontraintuitive an ACT kein Nachteil sein muss, sondern möglicherweise sogar eine ganz wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass Menschen, die sich auf eine Behandlung nach dem ACT-Modell einlassen, davon profitieren können. Herausforderung und Chance gleichermaßen ist dieser Aspekt von ACT natürlich nicht nur für die Klienten, sondern auch für die Therapeuten. Auch sie müssen bereit sein, »einen Schritt zurückzutreten und sich mit ihren gängigen und vielleicht lieb gewonnenen Annahmen darüber, wie sich Menschen ändern können und was ihre Rolle dabei ist, auseinandersetzen« (Strosahl et al., 2012). Auch im Handeln von Therapeuten reflektieren sich naheliegende und kulturell weit verbreitete, aber wenig hilfreiche oder gar kontraproduktive Auffassungen und Reaktionsmuster, und auch sie müssen, wenn sie erfolgreich mit dem ACT-Modell arbeiten wollen, einen Lernprozess durchlaufen, der anstrengend sein kann, aber auch ausgesprochen interessant und fruchtbar – sowohl auf der beruflichen als auch auf der persönlichen Ebene.

### **Stand der Forschung zur Akzeptanz- und Commitmenttherapie**

ACT ist ausgiebig beforscht worden. Auf der Homepage der Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) werden mittlerweile deutlich über 1000 randomisierte kontrollierte Studien zu ACT aufgeführt. Die Wirksamkeit von ACT kann als belegt gelten – und zwar nicht nur in der Behandlung von psychischen Störungen wie Depressionen, Zwangs-, Ess- und Angststörungen (vgl. z.B. die Auswertung von 20 Metastudien von Gloster et al., 2020), sondern auch bei der Unterstützung von Menschen mit besonderen Herausforderungen, z.B. im Sport, in der Krankheitsbewältigung, bei der Verarbeitung von Diskriminierungserfahrungen oder der Erziehung von Kindern mit Einschränkungen (vgl. zusammenfassend Hayes, 2019, S. 256). Wie Gloster et al. (2020) hervorheben, ließ sich die Wirksamkeit von ACT nicht nur im Vergleich mit Wartelistenkontroll- oder *treatment as usual*-Bedingungen nachweisen, sondern zeigte sich insgesamt genauso wirksam, oft auch wirksamer als andere psychotherapeutische Vorgehensweisen.

Natürlich ist ACT auch kritisiert worden, so wurde etwa von verschiedenen Seiten eine unzureichende Präzision der verwendeten Konzepte (»middle level terms«) wie z. B. Werte, Beobachter-Ich oder Defusion bemängelt. Assaz et al. (2023) etwa kritisieren, es wäre unklar, ob mit Defusion ein Prozess, ein therapeutisches Vorgehen oder ein Zustand gemeint sei. Sie unterscheiden darüber hinaus sieben verschiedene Kategorien von Defusionstechniken und postulieren unterschiedliche Wirkmechanismen, auf denen diese beruhen.

Vielleicht ist das Nebeneinander von präzisen, wissenschaftlichen und »blumigen«, allgemeinverständlichen Begriffen, wie es besonders scharf von O'Donohue (2023) kritisiert wird, sogar eine Stärke von ACT. Die klar definierten und in der Forschung etablierten Konzepte sind für die wissenschaftliche Untermauerung, Überprüfung und Weiterentwicklung der Interventionen unerlässlich. Die eingängigen Bezeichnungen hingegen, in denen »Musik steckt«, sind attraktiv und interessant, vor allem für Laien, aber auch für das Fachpublikum. Außerdem haben diese Begriffe ihren Platz in der Kommunikation zwischen Patienten und Therapeuten und können auch dem Patienten bei der Neu-

ausrichtung seines Verhaltens im Selbstmanagement dienlich sein. »Praktisch niemand, der kognitive Verhaltenstherapie anwendet oder beforscht, käme mit den wenigen technischen behavioralen Begriffen aus, die O'Donohue auf seiner Liste hat – und genau das ist auch einer der Gründe dafür, dass sich die kognitive Verhaltenstherapie überhaupt erst aus der traditionellen VT herausgebildet hat« (Hayes et al., 2023).

Weitere Kritikpunkte beziehen sich auf die mangelnde Qualität der in der ACT-Forschung verwendeten Messmethoden, insbesondere hinsichtlich der Erfassung von Wertvorstellungen, die behauptete, aber unzureichende Verankerung von ACT in der Bezugsrahmentheorie (McLoughlin & Roche, 2023) sowie auf die mangelnde Objektivität der Forschung zu ACT insgesamt (O'Donohue, 2023, vgl. auch die Replik von Hayes et al., 2023). In den beiden letztgenannten Arbeiten wird darüber hinaus der wissenschaftsphilosophische Ansatz des funktionellen Kontextualismus kritisch hinterfragt sowie dessen Entsprechung im therapeutischen Konzept der Dienlichkeit (*workability*). ACT wird vorgeworfen, damit einer amoralischen, machiavellistischen Haltung Vorschub zu leisten. Wenn »wahr ist, was nützlich ist«, sei egoistischem, unsolidarischem und unethischem Verhalten seitens der Wissenschaftler und Therapeuten (aber auch der Patienten) Tür und Tor geöffnet. Hayes et al. (2023) verwehren sich gegen diesen Vorwurf und bezeichnen ihn als Missverständnis: Durch die Forderung, Ziele der Forschung a priori und explizit offenzulegen, könnten die Rezipienten dieser Forschung »mit den Füßen abstimmen« (S. 1043). Ebenso können Therapeuten entscheiden, Patienten die Unterstützung bei der Umsetzung von ausformulierten Zielen und Werten zu verweigern, die mit ihren eigenen Wertmaßstäben unvereinbar sind.

Eine interessante Frage ist, ob und auf welche Weise sich ACT mit anderen Behandlungsstrategien aus dem Methodenrepertoire der kognitiven Verhaltenstherapie kombinieren lässt, um problematische Prozesse bei Patienten günstig zu beeinflussen. Eine solche methodenübergreifende »prozessbasierte Therapie« (PBT, Hofmann et al., 2021) könnte der Verhaltenstherapie im Allgemeinen und ACT im Besonderen in Zukunft noch fruchtbare Impulse liefern. In der Praxis werden zweifellos bereits heute ACT-basierte Interventionen mit therapeutischen Methoden anderer Provenienz kombiniert. Möglicherweise lassen sich die Konzepte und Vorgehensweisen der PBT in Zukunft nutzen, um ein solches integratives Vorgehen zu systematisieren und durch Forschungsergebnisse zu untermauern.

## **Hinweise für die Arbeit mit diesem Buch**

In diesem Buch finden sich viele Techniken, Übungen und Metaphern, mit denen Therapeuten die zentralen hilfreichen Veränderungsprozesse, die das ACT-Modell identifiziert, bei ihren Klienten unterstützen können. Aus anderen Quellen – Artikeln, Büchern, Internetressourcen – lassen sich zahlreiche weitere Anregungen schöpfen. Die weltweite ACT-Gemeinde war und ist hier ausgesprochen kreativ und die schiere Vielfalt und die Originalität des Fundus an solchen Anwendungshilfen macht sicher einen Teil der Attraktivität von ACT aus. Allerdings besteht natürlich auch eine Therapie nach dem ACT-Modell nicht aus einer bloßen Aneinanderreihung verschiedener Einzelinterventionen, vielmehr müssen diese in einen therapeutischen Prozess eingebettet sein. Außerdem reicht es nicht immer aus, eine Interventionsmöglichkeit wie eine bestimmte Übung oder Metapher zu kennen, um sie auch effektiv einzusetzen.

Dass ACT sechs verschiedene Ansatzpunkte für therapeutische Veränderungen benennt und diese in diesem Buch in einer bestimmten Reihenfolge vorgestellt werden, könnte vermuten lassen, diese Ansatzpunkte würden im Verlauf einer Therapie sukzessive behandelt. Man würde beispielsweise bei der Akzeptanz anfangen und das Thema Commitment an den Schluss stellen. Tatsächlich wurde in der 1999er Ausgabe des ACT-Hauptwerks von Hayes, Strosahl und Wilson eine entsprechende Gliederung der Behandlung vorgeschlagen, die der Reihenfolge entsprach, wie die einzelnen Prozesse auch in diesem Buch behandelt werden. Man arbeitete sich gewissermaßen von der linken Seite des Hexaflexes zur rechten Seite vor. Als Gegenentwurf dazu wurde z. B. von Autoren wie Eifert und Forsyth (2005) vorgeschlagen, das Thema Werte an den Beginn der Behandlung zu setzen. Mittlerweile wurde

eine derartige Gliederung des therapeutischen Vorgehens weitgehend aufgegeben zugunsten einer flexiblen Gestaltung, bei der in Abhängigkeit vom Kontext und den therapeutischen Zielen der Fokus mal mehr auf dem einen, mal mehr auf dem anderen Prozess liegt. Aus der systematischen Abfolge ist ein »Tanz« (Hayes et al., 2012, S. 197) geworden, in dem die Stärken und Schwächen des individuellen Patienten den Takt und die Richtung vorgeben. Es muss auch nicht in jeder Therapie auf alle Hexaflexprozesse eingegangen werden, nicht selten ist es sinnvoll, sich auf einen oder wenige Prozesse zu konzentrieren.

Über ihre anfänglichen Schwierigkeiten beim Einsatz von ACT-Interventionen schreibt Darrah Westrup (2014): »Was mich ziemlich überrascht hat: Wenn ich eine Metapher begriffen hatte, hieß das noch nicht, dass ich auch in der Lage war, sie meinen Klienten zu vermitteln. Gleiches galt für erfahrungsorientierte Übungen: Darüber zu lesen oder einen anderen Therapeuten bei der Durchführung zu beobachten hat nicht automatisch dazu geführt, dass ich sie meinerseits effektiv anwenden konnte.« Entsprechende Erfahrung machen wohl die meisten Therapeuten, wenn sie beginnen, ACT-Interventionen einzusetzen – der Autor dieses Buches ist da keine Ausnahme.

Es folgen einige Hinweise für die Arbeit mit ACT-Übungen und Metaphern, deren Berücksichtigung dazu beitragen kann, dass diese die gewünschte Wirkung voll und ganz entfalten.

**Nicht zu viel und nicht zu wenig erklären.** Klienten erwarten, dass ihnen Sinn und Zweck einer Übung vor deren Beginn erklärt wird, und bis zu einem gewissen Grad ist es durchaus sinnvoll, dies zu tun. Andererseits beruht die Wirkung vieler ACT-Interventionen gerade darauf, dass der Klient selbst Dinge beobachtet und eigenständig Schlussfolgerungen daraus zieht. Letztendlich ist es ein übergeordnetes Ziel von ACT, dass Patienten darin geschult werden, relevante Aspekte ihres Kontextes, insbesondere die Konsequenzen ihres Handelns, zu beobachten, und dass sie lernen, das zu tun, was funktioniert. Eine zu ausführliche Erklärung würde dem zuwiderlaufen, zumindest wenn sie vor der Durchführung der Übung erfolgte. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass der Patient die kognitive Beschäftigung mit den Interventionen als Kontrollstrategie verwendet: »Ich muss das alles noch ein bisschen besser verstehen, dann verschwinden meine Probleme – oder tun jedenfalls nicht mehr so weh.« Nach der Durchführung einer Übung kann es sinnvoll sein, mit dem Patienten über das Erlebte zu sprechen und zu überprüfen, welche Schlussfolgerungen er daraus gezogen hat. Zu vermeiden ist es, dem Patienten sein eigenes Erleben zu erklären, vielmehr sollte er durch gezielte Lenkung seiner Aufmerksamkeit – vor allem durch geeignete Fragen – darin unterstützt werden, selbst entsprechende Erkenntnisse zu gewinnen. Achten Sie auch darauf, die Eindrücke und Erlebnisse nicht im Anschluss zu zerreden. Die ACT-Übungen und Metaphern sind nicht dazu da, einfach nur einen verbal vermittelten Inhalt zu untermauern – sie stehen für sich selbst. Darrah Westrup (2014) schreibt über Ihre Erfahrung als Supervisorin: »Therapeuten fällt es manchmal schwer, für einen Moment das Tun, Fühlen oder Sein über das Reden zu stellen. Oft erlebe ich, wie ein Therapeut erst sehr schön eine Metapher oder eine erlebnisbasierte Übung vermittelt – und danach das Ganze durch einen Wust an Erklärungen und Bewertungen wieder zunichtemacht« (S. 196).

**Bezüge zu den konkreten Schwierigkeiten des Patienten herstellen.** Während man also Übungen und die dabei gesammelten Erfahrungen nicht überanalysieren und »zerreden« sollte, ist es auf der anderen Seite wichtig, klare Bezüge zu den Schwierigkeiten des Patienten herzustellen. Man sollte sich selbst und dem Patienten jederzeit erklären können, inwiefern die ausgewählten Interventionen »relevant und hilfreich für die Lösung seiner Probleme und das Erreichen seiner Therapieziele« (Harris, 2019, S. 181) sind. Dies gilt umso mehr, als einige der Übungen und Techniken, die in ACT eingesetzt werden, zum einen kontraintuitiv sind und zum anderen eine hohe Bereitschaft vom Patienten verlangen, sich aus seiner »Komfortzone« herauszubewegen.

**Funktion geht über Inhalt.** Der Therapeut sollte stets im Hinterkopf behalten, welchen Prozess er mit einer spezifischen Intervention fördern will. Es geht nicht darum, dass der Patient eine bestimmte Metapher auswendig lernt oder eine bestimmte Übung exakt nach Anleitung durchführt, sondern um die

Haltung oder Fähigkeit, die damit gefördert werden soll. Patienten reagieren oft anders als erwartet auf die Interventionen, sie machen sie sich zu eigen und passen sie an ihre persönliche Situation an. Dies kann sogar vorteilhaft sein, sofern diese Abweichungen mit dem übergeordneten Zweck der Intervention vereinbar sind.

**Sich vertraut machen.** Üben Sie die Durchführung neuer Interventionen, indem Sie die Anleitung im Kopf durchspielen. Erst dann fallen Ihnen möglicherweise Dinge auf, die Ihnen selbst noch unklar sind. Führen Sie die Übung nach Möglichkeit auch selbst durch, dies hilft Ihnen, ein besseres Gefühl für den Nutzen, aber auch für mögliche Schwierigkeiten dabei zu bekommen und sich besser in den Patienten hineinzusetzen. Je erfahrener Sie in der Arbeit mit ACT-Interventionen werden, umso häufiger werden Ihnen spontan neue Metaphern und Übungen einfallen. Noch einmal Darragh Westrup: »Trauen Sie diesen Einfällen. Diese Art von Inspiration kommt nicht aus einer Beschreibung in irgendeinem Text, einem Übungsvideo oder einem Workshop. Sie ist ein Zeichen für die zunehmende Fähigkeit, die zentralen ACT-Prozesse zu identifizieren und kreativ mit ihnen zu arbeiten, und es lohnt sich, zu schauen, was sich daraus ergeben kann« (S. 195).

**Sich aktiv beteiligen.** Nutzen Sie Gelegenheiten, die Übung mitzumachen und das, was Sie dabei erleben, dem Patienten mitzuteilen, wenn es der therapeutischen Beziehung dient oder Sie damit einen bestimmten Prozess fördern können. Wenn Sie beispielsweise dem Patienten Einblick in eigene schwierige Gedanken oder Gefühle gewähren, normalisieren Sie damit dessen inneres Erleben und geben ein Modell für Akzeptanz vor.

**Die richtige Intervention wählen.** Stimmen Sie die Auswahl der Intervention auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten ab und auf den Zeitpunkt im Therapieprozess. Es gibt sowohl bei den Metaphern als auch bei den erlebnisbasierten Übungen einfachere und komplexere Interventionen. Zum Beispiel zielt die Busfahrer-Metapher auf unterschiedliche ACT-Prozesse ab (Bereitschaft, Commitment, Werte, Selbst als Kontext) und kann daher ihre volle Wirkung am besten entfalten, wenn die einzelnen Elemente bereits bearbeitet worden sind.

**Fortschritte verstärken.** Führen die Interventionen zu Fortschritten im Verhalten des Patienten kann es hilfreich sein, Ansätze von neuem Verhalten zu verstärken. Im Idealfall geschieht dies dadurch, dass Zusammenhänge zwischen geändertem Verhalten und den sich daraus ergebenden natürlichen positiven Konsequenzen für den Patienten hervorgehoben werden, insbesondere dann, wenn der Patient selbst diese nicht oder zu wenig beachtet.

**Balance zwischen Validieren und Intervenieren: Aus der Dunkelheit ins Licht.** Bieten Sie ACT-konforme Lösungen für die Probleme der Patienten an, aber überstürzen Sie es nicht. Geben Sie ihnen genug Zeit, um ihre Schwierigkeiten vor Ihnen auszubreiten und ihre Situation und ihre Dilemmata in Worte zu fassen. Manche benötigen viel Raum dafür, vor allem am Anfang der Therapie. Möglicherweise müssen sie auch erst einmal Vertrauen zu Ihnen fassen, ehe sie Sie in intimere und beispielsweise schuld- oder schambesetzte Einzelheiten ihrer Schwierigkeiten einweihen. Lassen Sie ihnen Zeit – aber natürlich auch nicht zu viel. Wird der Großteil einer Therapiestunde oder gar einer ganzen Therapie mit Zuhören und validierender Anteilnahme verbracht, bleibt zu wenig Zeit für therapeutische Interventionen. Russ Harris (2019, S. 158) drückt es so aus: Erst tanzen Sie gemeinsam mit Ihren Patienten in der Dunkelheit, dann führen Sie sie ins Licht, z. B. durch eine werteorientierte, akzeptanz- oder defusionsfördernde Intervention. Und wenn der Patient auf das eingeschaltete Licht mit starkem Widerstand reagiert, ist es vielleicht zu früh gewesen. Schalten Sie das Licht wieder aus und versuchen es später langsam und behutsam erneut.

## Aufbau des Buches

Dieser Band ist folgendermaßen aufgebaut: Jedem der sechs therapeutischen Ansatzpunkte von ACT ist ein Kapitel gewidmet. Jedes Kapitel beginnt mit einer Einführung, in dem der jeweilige Ansatzpunkt definiert und erklärt wird. Insbesondere wird darauf eingegangen, worin der Nutzen für den Patienten besteht und bei welchen Problemen oder in welchen therapeutischen Situationen ein Fokus auf diesen Ansatzpunkt besonders angeraten ist. Es folgen dann die »Tools«, also die Arbeitsmaterialien. Ein Teil der Arbeitsblätter enthält Anleitungen für Übungen, die der Therapeut in der Sitzung mit dem Patienten durchführen kann, zum Teil in Form von Meditationen bzw. Achtsamkeitsübungen, die in wörtlicher Rede formuliert sind. Die übrigen Arbeitsblätter können den Patienten ausgehändigt werden und von ihnen entweder in der Sitzung selbst oder in der Zeit zwischen zwei Sitzungen als Hausaufgabe bearbeitet werden. Den Kapiteln über die einzelnen Hexaflex-Komponenten vorangestellt ist ein Diagnostikteil mit Arbeitsblättern, die vor allem der Erhebung eingangs- und verlaufdiagnostisch relevanter Informationen dienen. Ein letztes Kapitel (»Alles in allem«) enthält Arbeitsmaterialien, mit denen verschiedene Flexibilitätsskills parallel vermittelt und geübt werden können.

Um sich auf den Arbeitsblättern direkt zurechtzufinden, sind alle mit einem Icon im Arbeitsblattkopf versehen. An diesem können Sie sofort erfassen, für wen das Arbeits- oder Informationsblatt gedacht ist. Folgende Icons werden Ihnen im Buch begegnen:

### Icons zur Orientierung

- T** **Therapeut:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeitsblätter, die nur für den Therapeuten selbst gedacht sind.
- P** **Patient:** Mit diesem Icon ausgehändigte Arbeitsblätter werden dem Patienten zur Bearbeitung ausgehändigt.
- A** **Angehörige:** Arbeitsblätter mit diesem Icon sind für Angehörige der Patienten bestimmt.

### Arbeitsmaterial

#### AB 1 Gut zu wissen

Dieses Arbeitsblatt können Sie dem Patienten zu Beginn der Therapie aushändigen. Es werden wesentliche Merkmale einer ACT-basierten Therapie erwähnt und der Patient erhält die Möglichkeit, eigene Erwartungen und Fragen zurückzumelden. Ziel ist insbesondere die Hervorhebung der Bedeutung einer aktiven Mitarbeit des Patienten. Sie sollten sich mit dem Inhalt des Arbeitsblatts weitgehend identifizieren können. Falls das nicht der Fall ist oder Sie noch Ihnen wichtige Aspekte hinzufügen wollen, ist es sinnvoll, auf der Grundlage des Arbeitsblatts einen eigenen Text zu erstellen.

## Gut zu wissen

Sie erwägen oder haben sich schon dafür entschieden, psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, und fragen sich möglicherweise: Was geschieht eigentlich in einer Therapie, wie läuft sie ab und wodurch hilft sie? Diese Frage ist berechtigt – und nicht ganz einfach zu beantworten. Erstens unterscheiden sich die Menschen, die eine Therapie machen, und die Probleme, weswegen sie es tun, stark voneinander. Und zweitens herrscht auch unter Fachleuten keine völlige Einigkeit darüber, was genau in einer Therapie geschehen sollte. Der hier vertretene Standpunkt ist einer, der von vielen – aber nicht allen – Experten geteilt wird.

### Therapie ist ein Lernort

In einer Therapie geht es darum, Möglichkeiten für neue Erfahrungen zu schaffen. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass wir Menschen uns im Umgang mit uns selbst und unserem Leben bestimmte Muster angewöhnen, die vielleicht in einer bestimmten Situation hilfreich sind, uns aber in anderen Situationen oder späteren Lebensphasen eher zum Nachteil gereichen. Entweder erreichen wir mit unserem Verhalten nicht, was wir erreichen wollen, oder der Preis, den wir dafür bezahlen, ist hoch. In der Therapie geht es darum, solche ungünstigen Muster zu erkennen und zu verändern. Dieses Verändern ist sehr konkret und wörtlich gemeint. Es geht oft tatsächlich darum, dass Sie Ihr *Verhalten* ändern, dass Sie bereit sind, mal etwas anderes auszuprobieren. Nur so können Sie neue Erfahrungen machen und herausfinden, ob es Dinge gibt, die besser funktionieren als die, auf die Sie bisher zurückgegriffen haben. Der Schwerpunkt liegt also nicht so sehr darauf, zu erforschen, wie die Probleme ursprünglich entstanden sind, sondern eher darauf, herauszufinden, *was* Sie daran ändern möchten und *wie* Sie das schaffen können.

#### ■ Tipp

Nutzen Sie die Zeit, in der Sie sich in Therapie befinden, um ungünstige Muster zu erkennen *und* zu verändern.

### Therapie muss auf Ihre Ziele und Möglichkeiten abgestimmt sein

Es gibt Vorgehensweisen in der Therapie, von denen wir wissen, dass sie im Allgemeinen bei bestimmten Problemen nützlich sein können. Allerdings ist es unerlässlich, das Vorgehen auf Ihre persönliche Situation abzustimmen. Daher ist es hilfreich, wenn Sie möglichst offen Ihre Schwierigkeiten schildern, auch wenn das verständlicherweise gerade am Anfang einer Therapie nicht ganz leichtfällt. Wichtig ist auch, dass Sie die Therapeutin bzw. den Therapeuten wissen lassen, wenn Ihnen etwas an der Therapie nicht gefällt, wenn Sie Fragen zum Vorgehen haben oder wenn Ihnen etwas fehlt.

#### ■ Tipp

Arbeiten Sie aktiv an der Gestaltung der Therapie mit, indem Sie offen über Ihre Schwierigkeiten sprechen, Fragen einbringen und zurückmelden, was Sie als hilfreich und nicht hilfreich empfinden.

## Gut zu wissen

### **In der Therapie geht es häufig um den Umgang mit schwierigen Gefühlen und Gedanken**

Viele seelische Schwierigkeiten haben ihren Ursprung darin, dass wir versuchen, schmerzhaftem Erleben auszuweichen oder es irgendwie unter Kontrolle zu bekommen. Auch schwierige Gedanken können uns das Leben schwer machen. In der Therapie werden Sie neue Möglichkeiten kennenlernen, mit solchen schwierigen Gefühlen und Gedanken umzugehen. Einige davon werden Sie vielleicht zunächst erstaunen, weil sie ganz anders sind als das, was Sie erwartet hatten.

**■ Tipp**

Seien Sie so offen wie möglich, wenn es darum geht, neue Möglichkeiten auszuprobieren und einzuüben, mit schwierigen Gedanken und Gefühlen umzugehen. Es ist unmöglich vorherzusagen, ob diese Möglichkeiten, die sich in vielen anderen Fällen bewährt haben, auch Ihnen helfen, aber geben Sie ihnen zumindest eine Chance. Und je mehr Sie sich auch zwischen den Sitzungen mit den Inhalten der Therapie beschäftigen, an Ihrem Verhalten arbeiten und Neues ausprobieren, umso größer sind die Erfolgsaussichten.

### **Auch nach einer Therapie werden Sie sich manchmal ängstlich, niedergeschlagen, traurig oder unsicher fühlen**

Das Ziel einer Therapie ist nicht die Beseitigung aller schmerzhaften Gedanken und Gefühle, das ist nicht möglich. Ziel ist es, zu lernen, gut mit sich umzugehen – auch dann, wenn es Ihnen gerade nicht gut geht. Und dass Sie in die Lage kommen, das Leben zu führen, das Sie führen möchten.

**■ Tipp**

Nutzen Sie die Zeit in der Therapie auch dazu, mehr Klarheit darüber zu bekommen, was Ihnen eigentlich wichtig ist im Leben und welche Schritte Sie gehen können, um mehr von dem umzusetzen, worauf Sie Wert legen.

Haben Sie Fragen zu diesen Erläuterungen? Möchten Sie irgendetwas anmerken?

.....

.....

.....

# 1 Diagnostik

In diesem Kapitel ist eine Reihe von Arbeitsmaterialien zusammengefasst, die Therapeuten unterstützen sollen, Stärken und Schwächen ihrer Patienten einzuschätzen, Interventionen zu planen und die Wirkung der Behandlung zu überprüfen. Darüber hinaus erfüllen sie den Zweck, den Patienten für solche Aspekte seines Erlebens und Verhaltens zu sensibilisieren, die aus ACT-Sicht für die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Probleme relevant sind.

Ebenso wie für alle anderen Arbeitsmaterialien gilt: Nicht alle Arbeitsblätter sind für alle Patienten in jeder Situation der Therapie geeignet oder notwendig. Ob ein bestimmtes Arbeitsblatt die Therapie voranbringt, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, insbesondere natürlich von der Relevanz des Inhaltes für die Probleme des Patienten, aber auch von seinen kognitiv-sprachlichen Fähigkeiten und seiner Bereitschaft, sich auch mit emotional belastenden Fragen in dieser Form auseinanderzusetzen.

Es handelt sich bei den hier abgedruckten Materialien nicht um empirisch validierte Messinstrumente. Sie können daher höchstens eine gewisse inhaltliche Plausibilität und Augenscheinvalidität für sich beanspruchen. Es wurde daher auch kein Versuch unternommen, irgendwelche numerischen Indizes zur Verfügung zu stellen, die über eine Auswertung auf Itemebene hinausgehen. Bemühungen, ACT-relevante Prozesse mithilfe empirisch validierter Instrumente zu erheben, werden zusammenfassend von Hayes et al. (2012) dargestellt.

## Arbeitsmaterial

### AB 2 Eingangsgespräch

Das Interview dient dazu, ACT-relevante Informationen zu den Problemen und den Ressourcen des Patienten zu erfassen. Es enthält unter anderem Fragen, die der Einschätzung der Flexibilitätsskills dienen. Es bedarf einiger Erfahrung, Fragen auszuwählen und so zu stellen, dass die Antworten des Patienten tatsächlich eine entsprechende Einschätzung ermöglichen. Haben Sie Geduld mit sich – und mit dem Patienten: Vor allem, wenn er es nicht gewöhnt ist, über sich und sein Erleben nachzudenken, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass er zunächst nicht versteht, worauf Sie hinauswollen. Überspringen Sie diesen Teil, wenn Sie merken, dass Sie den Patienten damit überfordern, vielleicht ergibt sich im weiteren Verlauf der Diagnostikphase noch einmal eine Gelegenheit, das Thema aufzugreifen.

### AB 3 Ein Minus auf dem Konto der Lebensqualität?

Dieses Arbeitsblatt dient der Einschätzung von Belastungen und Verlusten, die als auslösende Kontextfaktoren relevant sein könnten, und enthält zugleich eine akzeptanzfördernde Botschaft an den Patienten: Die »Symptome« selbst sind nicht unbedingt das Problem, das es zu beseitigen gilt. Sie können sogar nützlich sein, indem sie auf einen Mangel oder ein Ungleichgewicht in seinem Leben verweisen.

### AB 4 Was ich gegen schwierige Gefühle tue

Dieses Arbeitsblatt dient dazu, die Kontrollagenda des Patienten sichtbar zu machen: all das, was er tut, um schwierige Aspekte seines Erlebens in den Griff zu bekommen.

### AB 5 Die Sache mit den Gefühlen

Auf diesem Arbeitsblatt geht es um die Kontrollagenda: Erfasst werden potentiell problematische Regeln und Muster im Umgang mit inneren Reaktionen.

### AB 6 Was habe ich über den Umgang mit Gefühlen gelernt?

Mithilfe dieses Arbeitsblatts wird die Auseinandersetzung mit der Kontrollagenda vertieft. Es wird durch die Verknüpfung mit dem biografischen Kontext verdeutlicht, dass es sich um gelernte (und damit auch potenziell veränderbare) Muster handelt.

**AB 7 Schwierige Gedanken und ihre Macht**

Dieser Fragebogen hilft sowohl bei der Einschätzung der vorhandenen Fähigkeit zur Defusion als auch bei der Identifikation konkreter Gedanken, die der Patient als innere Barriere erlebt.

**AB 8 Wie geht es mir in Beziehungen?**

Der Fragebogen ermöglicht die Einschätzung quantitativer und qualitativer Aspekte der sozialen Beziehungen des Patienten sowie seiner »sozial-emotionalen Kontrollagenda«.

**AB 9 Wie sehe ich mich selbst?**

Mit diesem Arbeitsblatt werden sowohl inhaltliche Aspekte des konzeptualisierten Selbst als auch das Ausmaß der Fusion damit erfasst.

**AB 10 Angehörigenfragebogen**

Der Fragebogen dient der Erfassung zusätzlicher relevanter Informationen über die Situation und die Schwierigkeiten des Patienten aus der Sicht naher Angehöriger. Er kann im weiteren Verlauf auch als Material für die Arbeit an der Fähigkeit zur Perspektivübernahme und dem Umgang mit Bewertungen genutzt werden. Verständlicherweise werden nicht alle Patienten bereit sein, Angehörige auf diese Weise mit einzubeziehen – das ist natürlich zu respektieren.

**AB 11 Meine Ziele**

Dieses Arbeitsblatt dient der Erfassung von Zielen auf unterschiedlichen Ebenen. Es ist inhaltlich anspruchsvoll, sollte in den meisten Fällen nachbereitet werden bzw. je nach Möglichkeiten der Patienten von vornherein in Rahmen einer Sitzung bearbeitet werden.

**AB 12 Was hat mir geholfen?**

Hier geht es um die wichtige Frage nach bereits vorhandenen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten. Es kann einen entscheidenden Vorteil für die Therapie bedeuten, etwas darüber zu erfahren, was der Patient in früheren Krisen und schwierigen Situationen als hilfreich erlebt hat.

**AB 13 Der Stand der Dinge**

Mithilfe dieses Arbeitsblatts werden die zentralen Flexibilitätsskills anhand einer Selbsteinschätzung des Patienten zugänglich gemacht. Es kann sowohl die Eingangsdiagnostik unterstützen als auch die Einschätzung des Behandlungsverlaufs.

**AB 14 Das Zensurenspiel**

Das Zensurenspiel dient einer grob orientierenden Einschätzung des Therapieverlaufs, aber auch, insbesondere wenn es als Einstieg in die Sitzung genutzt wird, der thematischen Ausrichtung der Sitzung und der Orientierung auf wesentliche Aspekte des therapeutischen Prozesses. Das Blatt können Sie entweder in Ihren Unterlagen belassen (dann sind Sie sicher, dass es vorliegt, wenn Sie es einsetzen wollen) oder Sie geben es dem Patienten zur Selbsteinschätzung mit.

**AB 15 Wo stehe ich in der Therapie?**

Der Fragebogen dient der Erfassung der bisherigen Therapieeffekte und kann die Planung des weiteren Vorgehens unterstützen.

**AB 16 Nach der Sitzung ist vor der Sitzung**

Dieses Arbeitsblatt dient sowohl der Nachbereitung der Sitzung durch den Patienten als auch der Vorbereitung der Folgesitzung. Die Angaben darauf können Aufschluss darüber ergeben, wie der Patient die Therapie erlebt und in welchem Ausmaß er davon profitiert.

**AB 17 Was denke ich über die Therapie?**

Dieses Arbeitsblatt (angelehnt an Tsai et al., 2009a) dient der Erfassung von Informationen darüber, wie der Patient die Behandlung erlebt. Es kann auch als Übung im Erteilen von Feedback genutzt werden und setzt sowohl aufseiten des Patienten als auch aufseiten des Therapeuten eine gewisse Bereitschaft voraus, sich den schwierigen Gedanken und Gefühlen zu stellen, die damit einhergehen können.

## Eingangsinterview

### A Problembeschreibung

(1) Bitte beschreiben Sie, worin Ihr Problem besteht. Was hat Sie veranlasst, eine Therapie zu beginnen?

.....  
 .....

(2) Seit wann bestehen die Probleme? Gab es Schwankungen im Verlaufe der Zeit?

.....

(3) Was hat Ihrer Meinung nach zur Entwicklung des Problems geführt?

.....  
 .....

(4) Was beobachten Sie bei sich, wenn es Ihnen schlecht geht?

(a) Worunter leiden Sie? Wie fühlen Sie sich dann?

.....

(b) Was sind typische Gedanken, die in schwierigen Situationen auftreten?

.....  
 .....

(c) Was sind typische Erinnerungen?

.....

(d) Was sind typische körperliche Empfindungen?

.....

(5) In welchen Situationen taucht das Problem auf? Was führt dazu, dass es Ihnen schlecht geht?

.....  
 .....

## Ein Minus auf dem Konto der Lebensqualität?

Ängste, Depressionen, manche körperliche Beschwerden und andere psychische Symptome können wir als Hinweis darauf betrachten, dass unser »LQ-Konto«, das Konto unserer Lebensqualität, in den roten Zahlen ist. Sie sind sozusagen die Auszüge für dieses Konto. Wie sieht es gerade auf Ihrem LQ-Konto aus? Was zeigt der letzte Auszug an? Markieren Sie einen Betrag.

-5.000	-4.000	-3.000	-2.000	-1.000	0	+1.000	+2.000	+3.000	+4.000	+5.000
Ein dickes Minus: Mein LQ-Konto steckt tief in den roten Zahlen. Ich bin sehr belastet, habe viele Symptome und es geht mir seelisch sehr schlecht.						Ein dickes Plus: Auf meinem LQ-Konto sieht es sehr gut aus. Ich fühle mich unbeschwert, habe keine Symptome und es geht mir seelisch sehr gut.				

Kontoauszüge, auf denen ein Minus ist, mögen wir im Allgemeinen nicht besonders. Im Gegenteil, sie können richtig wehtun. Aber wäre es eine gute Lösung, sie zu zerreißen oder erst gar nicht anzuschauen? Sind die Auszüge selbst das Problem oder weisen Sie eher auf ein Problem hin? Können Sie uns sogar helfen, Schwierigkeiten zu erkennen und nach Lösungen zu suchen? Wenn unser Girokonto in den Miesen ist, liegt dies daran, dass es zu viele Abhebungen gab, zu wenig Einzahlungen oder eine Kombination aus beidem. Sollten Sie ein Minus auf Ihrem LQ-Konto feststellen, stellen Sie sich einmal zwei Fragen:

- ▶ Gab es vielleicht in der letzten Zeit zu wenige Einzahlungen auf dieses Konto? Also zu wenig Erfreuliches, Sinnvolles, Erholsames, zu wenig positive Erlebnisse, zu wenig Liebe? Welche Dinge fehlten in Ihrem Leben? Welche gab es vielleicht früher, sind aber in letzter Zeit weniger geworden oder ganz weggefallen?
- ▶ Gab es zu viele Abhebungen? Also zu viel Unerfreuliches, Sinnloses, Belastendes, zu viele negative Erlebnisse, zu viel Streit oder Einsamkeit?

Tragen Sie die Antworten auf diese Fragen in die Tabelle ein. Stichworte reichen.

Fehlende Einzahlungen Dinge, die mir in letzter Zeit gefehlt haben	Abhebungen Dinge, die mich in letzter Zeit belastet haben

## Was ich gegen schwierige Gefühle tue

Um schmerzhaft, belastende Gefühle wie Angst, Unsicherheit, Schmerz, Traurigkeit oder Wut loszuwerden oder erst gar nicht aufkommen zu lassen, tun wir die unterschiedlichsten Dinge. Sind Sie bereit, sich einmal die Frage zu stellen, auf welche Weise Sie gegen schwierige Gefühle oder Gedanken angehen? Es ist keine leichte Frage und die Beschäftigung mit ihr kann Scham und Gewissensbisse auslösen. Verurteilen Sie sich nicht: Jeder Mensch tut manchmal Dinge, die er eigentlich nicht tun möchte, um weniger zu leiden, selbst wenn ihm bewusst ist, dass diese problematisch sind. Bitte gehen Sie einmal die folgende Liste durch und kreuzen Sie diejenigen Verhaltensweisen an, auf die Sie manchmal in schwierigen Momenten zurückgreifen, um schmerzhaft Gefühle zu vermeiden oder in den Griff zu bekommen.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich grübele und mache mir Gedanken darüber, warum und wieso alles so gekommen ist.   | <input type="checkbox"/> Ich versuche, mich zu beruhigen, indem ich mir durch andere rückversichern lasse, dass alles in Ordnung ist.                       |
| <input type="checkbox"/> Ich mache mir Sorgen über Dinge, die auf mich zukommen könnten.  | <input type="checkbox"/> Ich achte übertrieben genau auf Ordnung oder Sauberkeit.   |
| <input type="checkbox"/> Ich vermeide Situationen, vor denen ich Angst habe.  | <input type="checkbox"/> Ich habe mir bestimmte Rituale angewöhnt, z. B. beim Händewaschen, Putzen oder beim Umgang mit vermeintlich riskanten Situationen. |
| <input type="checkbox"/> Ich verletze mich selbst oder füge mir auf andere Weise Schmerz zu.  | <input type="checkbox"/> Ich versuche, nicht negativ aufzufallen.   |
| <input type="checkbox"/> Ich schiebe Unangenehmes vor mir her.  | <input type="checkbox"/> Ich vermeide näheren Kontakt zu bestimmten Personen.   |
| <input type="checkbox"/> Ich denke an den Tod oder daran, mir das Leben zu nehmen.  | <input type="checkbox"/> Ich versuche, es allen recht zu machen.  |
| <input type="checkbox"/> Ich fange nichts Neues an.   | <input type="checkbox"/> Ich bemühe mich, alles perfekt zu machen.  |
| <input type="checkbox"/> Ich fange ständig etwas Neues an.  | <input type="checkbox"/> Ich setze mir keine Ziele oder gebe mir keine Mühe, gesteckte Ziele zu erreichen.  |
| <input type="checkbox"/> Ich reagiere ungehalten und gereizt auf andere.  | <input type="checkbox"/> Ich steigere mich in harte Gefühle wie Hass, Wut, Neid oder Verachtung hinein.   |
| <input type="checkbox"/> Ich ziehe mich zurück.   | <input type="checkbox"/> Ich erwarte nichts mehr vom Leben.   |
| <input type="checkbox"/> Ich verstelle mich.  | <input type="checkbox"/> Ich nehme nichts mehr ernst.   |
| <input type="checkbox"/> Ich betäube mich mit Alkohol, Tabletten oder Drogen.   | <input type="checkbox"/> Ich überwache meine inneren Reaktionen.  |
| <input type="checkbox"/> Ich esse zu viel.  | <input type="checkbox"/> Ich sammle Informationen (z. B. im Internet).  |
| <input type="checkbox"/> Ich hungere.   | <input type="checkbox"/> Ich vermeide Informationen.  |
| <input type="checkbox"/> Ich lenke mich ab durch bestimmte Dinge, die ich im Übermaß betreibe (z. B. Einkaufen, Spielen, Fernsehen, Internet, Sex). | <input type="checkbox"/> Ich gehe immer vom Schlimmsten aus.  |

## 2 Akzeptanz und Bereitschaft

### Die Kontrollagenda

Die Ausgangslage zu Beginn einer Therapie zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass der Patient eine Reihe bestimmte unangenehme Erlebnisweisen benennt und den Wunsch äußert, diese zu überwinden. Das können Niedergeschlagenheit, Angst, Nervosität, Selbstzweifel, Schuldgefühle, Erinnerungen an schlimme Erlebnisse etc. sein. In der Regel hat er zuvor bereits eine Reihe von Versuchen unternommen, seine schwierigen Gefühle oder Gedanken in den Griff zu bekommen und ist daran gescheitert. Oder die Kosten für diese Versuche sind so hoch, dass diese ihn nun veranlassen, eine Therapie aufzunehmen. Dies kann der Fall sein, etwa wenn eine Vermeidung von angstausslösenden Situationen zu einer starken Einschränkung des Handlungs- und Bewegungsspielraums führt und dies wiederum über den damit einhergehenden Verlust an befriedigenden und als sinnvoll erlebten Erfahrungen depressive Verstimmungen nach sich zieht. Oder wenn versucht wird, Misstrauen und Verlustangst, die in einer Beziehung entstanden sind, dadurch in Schach zu halten, dass der Partner eingeschränkt und überwacht wird – mit den entsprechenden Folgen für die Qualität und Stabilität der Beziehung. Oder wenn Versuche, schwierige Gefühle durch bestimmte Substanzen (z. B. Alkohol) oder Aktivitäten (z. B. Glücksspiel) zu betäuben oder zu überdecken, erhebliche gesundheitliche, psychische, materielle oder soziale Probleme nach sich ziehen.

Die Wahrscheinlichkeit ist jedenfalls groß, dass sich der Patient eine Definition von »psychischer Gesundheit« zu eigen gemacht hat, wie sie in unserer Kultur vorherrschend ist, nämlich die der »Abwesenheit belastender oder unerwünschter innerer Reaktionen« (Strosahl et al., 2004, S. 34). Die Botschaft, die dadurch dem Einzelnen vermittelt wird, hat eine dunkle Seite, nämlich die, dass »negativer, privater Inhalt toxisch und gefährlich sei und im Namen der psychischen Gesundheit unter Kontrolle gebracht werden müsse. Dieser Ansicht innewohnend ist die Vorstellung, dass gesunde Menschen in der Lage wären, negativen privaten Inhalt zu steuern und auszulöschen, und auf diese Weise seelische Stabilität erreichen. Genau das ist es, was ACT als *unworkable change agenda* beschreibt« (ebd.). Diese »Veränderungs-« oder »Kontrollagenda« der Patienten funktioniert nicht, was nicht – wie Patienten oft glauben – daran liegt, dass sie die falschen Strategien anwenden oder sich nicht genügend bemühen, und auch nicht daran, dass etwas grundsätzlich mit ihnen nicht stimmt. Vielmehr liegt es in der Natur der Sache, dass Menschen prinzipiell keine Kontrolle über einen großen Teil ihrer gedanklichen, emotionalen und physiologischen Reaktionen haben. Ein Teil dieser Reaktionen verstärkt sich sogar noch durch Bemühungen, sie zu kontrollieren. Die Selbstinstruktion, nicht an X zu denken, enthält X, sie ist dadurch grundsätzlich nicht ausführbar bzw. führt gerade dann, wenn sie besonders intensiv und ausdauernd versucht wird, dazu, dass X ständig gedanklich präsent ist. Entsprechendes gilt z. B. für den Versuch, keine Angst zu haben. Je mehr Energie auf dieses Ziel verwendet wird, je größer die »Drohkulisse« wird, die für sämtliche Anzeichen von Angst aufgebaut wird, umso häufiger und intensiver wird Angst erlebt (s. a. weitere Beispiele auf **AB 22** »Achtung, Teufelskreis!«). In der ACT-Sprache wird dabei unterschieden zwischen »sauberem« und »schmutzigen« Leid (Hayes et al., 2012): Sauberes Leid ist solches, das unvermeidbar damit verbunden ist, als Mensch mit einer bestimmten Lebensgeschichte in einer bestimmten Lebenssituation ein werteorientiertes Leben zu leben, während schmutziges Leid erst durch das Bemühen entsteht, dieses Leid auszuschalten. Da die Begriffe *sauber* und *schmutzig* ungünstige und vor allem stark wertende Konnotationen haben, ziehen einige Therapeuten es vor, von natürlichem versus selbstgemachtem Leid oder primärem versus sekundärem Leid zu sprechen.

Das große andere Problem der Kontrollagenda: Sie führt dazu, dass wir unser Verhalten nicht mehr an unseren Werten ausrichten. Wir scheuen davor zurück, uns Ziele zu setzen und Handlungen auszuführen, die mit schwierigen Erlebnisweisen verbunden sind, z. B. der Angst vor Zurückweisung oder Misserfolg, Erinnerungen an schmerzhaft Erfahrungen, Zweifeln an uns selbst und unserem Tun oder unangenehmen körperlichen Empfindungen. Ein großer Teil der Dinge, die Menschen im Dienste ihrer Werte anstreben können, geht mit solchen schwierigen Gedanken und Gefühlen einher. Kaum etwas, was wir tun – vor allem wenn es sich um längerfristige oder mit Risiken und Schwierigkeiten behaftete Projekte, Aufgaben oder Rollen handelt – ist ausschließlich mit positiven Gefühlszuständen verbunden. Wer die Kontrollagenda ernst nimmt, ist somit gezwungen, seinen Handlungsbereich sehr stark einzuengen, was zwangsläufig zu Einbußen an Lebensqualität und Vitalität führt und damit zu weiteren negativen Gefühlszuständen, auf die womöglich erneut mit dysfunktionalen Kontrollstrategien reagiert wird – ein Teufelskreis.

### Gründe für das Festhalten an der Kontrollagenda

Dass Menschen trotz der hohen Kosten, die mit der Aufrechterhaltung der Kontrollagenda verbunden sind, oft hartnäckig an ihr festhalten, hat folgende Gründe (Hayes et al., 2012):

- ▶ Das Kontrollprinzip funktioniert in anderen Lebensbereichen (in der äußeren Welt) sehr gut. Immer wieder machen wir die Erfahrung, dass wir durch gezielte Maßnahmen eine Diskrepanz zwischen Ist- und Sollzustand beseitigen können: Eine Maschine, die nicht mehr funktioniert, wird repariert, fehlt Milch im Kühlschrank, wird welche eingekauft, ist die Temperatur zu niedrig, drehen wir die Heizung auf, gefällt mir die weiße Wand nicht mehr, streiche ich sie grün, etc. Und weil es in der äußeren Welt so effektiv ist, wird das Kontrollprinzip dann auch in dem Bereich angewendet, für den dies nicht gilt oder in dem es gar kontraproduktiv ist, nämlich dem unserer emotionalen, kognitiven und körperlichen Reaktionen.
- ▶ Unsere Kultur legt hohen Wert darauf, sich gut zu fühlen – oder zumindest so zu tun, als ob («feel-goodism»). Der Einzelne wird für Verhalten sozial belohnt, das der Förderung positiver bzw. der Beseitigung negativer Gefühlszustände dient (z. B. »Nach dem Schock hast du erst einmal einen getrunken, richtig so, hätt' ich auch gemacht«), und lernt auch explizit entsprechende Regeln über den Umgang mit inneren Reaktionen (z. B. »Ein richtiger Junge weint nicht«).
- ▶ Außerdem scheint die Kontrollagenda bei *anderen* Menschen gut zu funktionieren. Dies wirkt zumindest auf ein Kind so, wenn es beispielsweise kaum Anzeichen von Ärger bei seiner Mutter und kaum Anzeichen von Angst bei seinem Vater entdeckt, während es selbst oft weint und schreit. Dass auch Erwachsene Angst und Ärger empfinden, höchstens gelernt haben, sie zu verbergen oder aber durch teils hochproblematische Strategien zu betäuben, weiß das Kind noch nicht – und »vergessen« wir Erwachsene auch manchmal, wenn wir unser Inneres mit dem Äußeren anderer Menschen vergleichen. Jedenfalls stärkt der Eindruck, andere Menschen wären in der Lage, ihre unliebsamen inneren Reaktionen zu kontrollieren, den Glauben an die Machbarkeit der Kontrollagenda und das Bemühen, ihr gerecht zu werden.
- ▶ Schließlich darf auch nicht übersehen werden, dass Versuche, unangenehme Gefühle und Gedanken zu regulieren, manchmal auch zumindest kurzfristig zum gewünschten Resultat führen und dass sich auch die negativen Konsequenzen für die Lebensqualität in Grenzen halten können. Der Studentin in der Examensphase, die an einem Freitagabend mit Freunden ins Kino geht und danach zwei Gläser Bier trinkt, um »mal auf andere Gedanken zu kommen«, der mag dies durchaus gelingen und zwar auch ohne hohe Kosten. Ihr Kommilitone hingegen, der ständig versucht, sich abzulenken und zu betäuben, weil er den Gedanken an ein mögliches Scheitern nicht erträgt, wird womöglich umso stärker von seinen quälenden Vorstellungen eingeholt, je mehr er versucht, sie zu unterdrücken. Ganz zu schweigen von dem Preis, den er bezahlt, wenn er sich nicht auf die Prüfungen vorbereitet oder mit exzessivem Gebrauch von betäubenden Substanzen versucht, seine Angst auszuschalten.

Es ist also nicht verwunderlich, dass der Patient mit der Erwartung in die Therapie kommt, dass die Behandlung darauf abzielt, unerwünschte innere Reaktionen zu beseitigen. Er zweifelt nicht an der Kontrollagenda selbst, sondern geht davon aus, dass er bislang nur noch nicht die richtige Methode gefunden hat, um sein schmerzhaftes Erleben unter Kontrolle zu bekommen. Hier kommt es entscheidend darauf an, dem Patienten zu vermitteln, dass die Therapie eine andere Richtung verfolgt als die Aufstockung seines Arsenal an Kontrollmöglichkeiten um effektive Strategien.

### Überwindung der Kontrollagenda

Ein wesentliches Ziel der Therapie besteht darin, dem Patienten seine Kontrollagenda zunächst bewusst zu machen und sie dann in Frage zu stellen. Dies geschieht in erster Linie dadurch, dass sich der Patient mit drei Fragen auseinandersetzt.

- (1) Gegen welche inneren Reaktionen kämpfe ich?
- (2) Auf welche Weise tue ich dies?
- (3) Was ist bislang dabei herausgekommen?

Beabsichtigt wird damit zweierlei: Zum einen wird ein Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Verhaltensweisen hergestellt, die aus Sicht des Patienten zunächst einmal nichts miteinander zu tun haben, die jedoch alle eine erlebnisvermeidende Funktion haben. »Sie trinken viel Alkohol, vermeiden es, über bestimmte Themen zu sprechen, brechen Beziehungen ab, nachdem ein bestimmtes Ausmaß an Nähe entstanden ist – sind das möglicherweise alles Dinge, die Sie tun, um etwas Bestimmtes nicht fühlen oder denken zu müssen?« Zum anderen soll der Patient mit der Vergeblichkeit und den Kosten seiner Bemühungen um Kontrolle in Kontakt gebracht werden. So wird der Boden dafür bereitet, dass sich der Patient öffnet für eine Alternative zu einem kontrollierenden und vermeidenden Umgang mit dem eigenen Innenleben.

#### Zentrale ACT-Botschaften zu Vermeidung und Kontrolle (Strosahl et al., 2004, S. 35)

- ▶ »Du bist nicht kaputt, sondern in eine Falle getappt.«
- ▶ »Du bist nicht hoffnungslos, aber deine Veränderungsagenda ist hoffnungslos.«
- ▶ »Kontrolle ist das Problem, nicht die Lösung.«
- ▶ »Für mentale Ereignisse gilt: Je weniger du sie willst, umso mehr bekommst du sie.«
- ▶ »Was hast du schon alles versucht? Wie hat es funktioniert? Was hat es dich gekostet?«
- ▶ »Versuche deine Gefühle unter Kontrolle zu bekommen und du verlierst die Kontrolle über dein Leben.«
- ▶ »Was würde passieren, wenn du den Kampf aufgibst?«

### Die Alternativen zur Kontrolle: Akzeptanz und Bereitschaft

Da, wo Bemühungen, schmerzhaft innere Reaktionen unter Kontrolle zu bekommen, scheitern oder mit hohen Kosten verbunden sind, sollten sie aufgegeben werden und es sollte mit dem Patienten eine Alternative erarbeitet werden, die darin besteht, »umzukehren und sich dem eigenen unmittelbaren Erleben auf eine annehmende, nicht wertende Weise zuzuwenden. Genau dadurch können sich Gefühle allmählich ändern, aber auf eine offene und einbeziehende Art und Weise, die es zulässt, dass alle Aspekte der eigenen Geschichte mit an Bord sind« (Hayes et al., 2012, S. 77). Wenn wir dem Patienten gegenüber von Akzeptanz sprechen, ist eine gewisse Vorsicht angebracht, da dies zu Missverständnissen und Widerstand führen kann – vor allem, wenn es nicht innerhalb des Kontextes einer einfühlsamen Betrachtung der persönlichen Erfahrungen des Patienten geschieht. Die Art von Akzeptanz, die wir in der Therapie anstreben, bezieht sich auch weder auf unerträgliche und prinzipiell ver-

änderbare Lebensumstände (beispielsweise eine destruktive Beziehung) noch auf problematische Verhaltensweisen (etwa auf die Anwendung von Gewalt oder einen schädlichen Gebrauch von Substanzen). Akzeptanz im Sinne von ACT besteht darin, eine »bewusst offene, aufgeschlossene, nicht-wertende Haltung gegenüber verschiedenen Aspekten des Erlebens« (Wilson & Dufrene, 2008, S. 46) einzunehmen. Es bedeutet, dass wir, »wenn sich ein bestimmtes Erleben einstellt, in der Lage sind, es anzuerkennen, ihm gegenüber präsent zu sein und es anzunehmen ohne zu versuchen, es auf irgendeine Weise zu verändern« (ebd., S. 47). Akzeptanz bedeutet auch, anzuerkennen, dass es sich nicht immer gut anfühlt, das Richtige zu tun. Gute Gefühle stellen sich manchmal ein, wenn Menschen ihr Handeln an persönlich relevanten Werten ausrichten – und manchmal nicht (Eifert & Forsyth, 2005). Das Anerkennen dieser Tatsache – sozusagen die Erlaubnis zu unangenehmen Gefühlen – kann eine entlastende und geradezu befreiende Wirkung auf den Patienten – und auf den Therapeuten – haben.

Erweist sich der Begriff Akzeptanz als problematisch in der Therapie, kann versucht werden, die Schwierigkeiten für den Patienten durch eine Klärung und Abgrenzung im oben genannten Sinn aus dem Weg zu räumen, oder auch dadurch, dass Begriffe verwendet werden, die förderlicher sind für die Bereitschaft des Patienten, seine Kontrollbemühungen aufzugeben. Dazu kann es beispielsweise hilfreich sein, von Bereitschaft (»bereit sein, zu fühlen, was man fühlt«) zu sprechen, von Erlaubnis (»den Gefühlen erlauben, zu kommen und zu gehen«), von Öffnung (»sich seinem inneren Erleben gegenüber öffnen«) oder von Zulassen (»Gedanken an eine schwierige Situation zulassen«). Allerdings wäre es unrealistisch, davon auszugehen, dass der Patient allein dadurch zu einem akzeptierenden Umgang mit seinem Innenleben gebracht werden kann, dass über Akzeptanz *geredet* wird. Vielmehr handelt es sich um einen Lernprozess, der sowohl innerhalb der Therapiestunden als auch außerhalb der Sitzungen in Form von Übungen und Hausaufgaben gefördert werden kann und muss: »Der Therapeut versucht, Akzeptanzverhalten aufzubauen, indem er spezifische Aktivitäten anbietet, die es dem Patienten ermöglichen, die Wahl zu treffen, schwierige Gedanken, Gefühle, Empfindungen etc. zuzulassen« (Luoma et al., 2007, S. 25). Der Patient übt auf diese Weise, mit dem umzugehen, was geschieht, wenn er seine »Komfortzone« verlässt. Derartige Übungen haben große Ähnlichkeit mit dem, was in der klassischen Verhaltenstherapie Exposition oder Reizkonfrontation genannt wird. Sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Zielsetzung: Zielt die Reizkonfrontation – zumindest nach klassischer Lesart – auf eine Gewöhnung ab, also auf ein Abklingen der emotionalen Reaktion (meist Angst), geht es bei der Exposition im Rahmen einer ACT-Therapie darum, einen akzeptierenden Umgang mit dem schwierigen Erleben zu erlernen.

**Eine kleine Warnung:** Die Arbeit an der Fähigkeit zur Akzeptanz bedeutet nicht, dass der Fokus der Therapie ganz auf Negatives, Belastendes, Schmerzhaftes gelegt werden sollte. Es kann zwar für manche Patienten einen Fortschritt darstellen, wenn sie in der Sitzung schmerzhaft Gefühle spüren und zulassen können, es gilt aber nicht etwa automatisch, dass eine Therapie umso effektiver ist, je mehr Tränen vergossen werden. Manche Klienten neigen dazu, ihre Probleme und emotionalen Schwierigkeiten in allen Einzelheiten auszubreiten und zu analysieren, und versprechen sich von einem solchen »Durcharbeiten«, ihren Schmerz zu überwinden. Therapeuten können in solchen Fällen »Betroffenheit und Mitgefühl zum Ausdruck bringen, ohne die näheren Details ihres Leids zu sehr in den Vordergrund zu stellen. Das Bestreben der Patienten, ihr Leid eingehend zu analysieren, kann zu Frustration führen. Fragen Sie sie, wie oft sie dies bisher getan haben und wie gut es funktioniert hat. Fragen Sie sie auch nach den Nachteilen, die mit einer starken Ausrichtung auf das Analysieren von Schwierigkeiten verbunden sind. Das Überanalysieren unerwünschten Erlebens kann eine Bewegung hin zu einem werteorientierten Leben behindern« (Pursey, 2014, S. 141).

### **Alles-oder-nichts-Qualität von Bereitschaft**

Bereitschaft ist eine Haltung, die sich durch eine Alles-oder-nichts-Qualität auszeichnet. Ich bin bereit, zu fühlen, was ich fühle, oder ich bin es nicht. Bereit zu sein ist nicht wie Gehen, wo mindestens ein

Fuß immer am Boden ist, sondern eher wie Springen (Hayes et al., 2012). Dabei muss der Sprung kein großer sein, auch ein kleiner Sprung ist immer noch ein Sprung. Für die Konzeption von Übungen zu Akzeptanz und Bereitschaft heißt dies einerseits, dass auch kleine »Ausflüge aus der Komfortzone« heraus nützlich sein können und es nicht nötig ist, den Patienten dazu anzuhalten, sich besonders schwierigen Situationen auszusetzen, die er als übermäßig bedrohlich erlebt und zu denen er nicht bereit ist. Andererseits sollte er seine Bereitschaft nicht vom Auftauchen bestimmter kognitiver, emotionaler oder physiologischer Reaktionen abhängig machen, beispielsweise nur so lange Aufzug zu fahren, bis er weiche Knie bekommt. Dies wäre Exposition mit Kontrollagenda und somit das Gegenteil von Bereitschaft.

#### **Zentrale ACT-Botschaften zu Akzeptanz und Bereitschaft (Strosahl et al., 2004, S. 38)**

- ▶ »Bereitschaft und Akzeptanz sind eine Alternative zu dem Versuch, Gefühle zu kontrollieren und zu bekämpfen.«
- ▶ »Frage dich, was du akzeptieren musst, damit das, worauf du Wert legst, in deinem Leben mehr zur Geltung kommt.«
- ▶ »Konzentriere dich auf das, was du steuern und verändern kannst (dein Verhalten), und akzeptiere den Rest.«
- ▶ »Bereit zu sein, bedeutet nicht, etwas zu wollen; es ist nicht nötig, etwas zu wollen, um bereit dafür zu sein, es zu haben.«
- ▶ »Bereitschaft ist eine Handlung, kein Gedanke oder Gefühl.«

### **Arbeitsmaterial**

#### **AB 18 Das Monster am Wegrand**

Mithilfe der Übung auf diesem Arbeitsblatt lassen sich sowohl zentrale Aspekte der Kontrollagenda thematisieren als auch deren Alternative: Akzeptanz und Bereitschaft.

#### **AB 19 Die Geschichte vom Menschlein in der Grube**

Beim »Menschlein in der Grube« handelt es sich um eine der bekanntesten ACT-Metaphern (Hayes et al., 2012). In ihr sind mehrere zentrale Erkenntnisse über menschliches Leid angesprochen, nämlich die Unvermeidbarkeit von Leid für jeden Menschen (jeder fällt früher oder später in eine Grube), der Einfluss der Lerngeschichte auf den Umgang mit diesem Leid (man benutzt das Instrument, das einem mitgegeben wurde – sehr häufig sind dies erlebnisvermeidende Strategien) und die von vornherein gegebene Vergeblichkeit bestimmter Bemühungen, Leid zu beenden (egal wie gut, geschickt, fleißig der Grubeninsasse gräbt, durch das Graben kommt er nicht heraus).

#### **AB 20 Die Geschichte vom hungrigen kleinen Löwen**

Anhand der Metapher aus Eifert und Forsyth (2005) und der angeschlossenen Fragen lässt sich ein Modell von negativ verstärkten problematischen Verhaltensgewohnheiten vermitteln, etwa von Ritualen bei Patienten mit einer Zwangsstörung. Außerdem wird auf die Möglichkeit von Akzeptanz (»den Löwen fauchen lassen«) als Alternative zur Kontrolle (»ihn füttern«) verwiesen.

#### **AB 21 Gegen Gefühle kämpfen – und verlieren**

Die Metapher auf dem Arbeitsblatt verdeutlicht, dass Bemühungen um Kontrolle oft nicht nur das Ziel verfehlen, die belastenden Gedanken und Gefühle zu beseitigen, sondern diese sogar noch vermehren und steigern können.

#### **AB 22 Achtung, Teufelskreis!**

Mithilfe dieses Arbeitsblatts lassen sich selbstverstärkende Rückkoppelungsschleifen verdeutlichen – sowohl ungünstige bei Kontrollbemühungen als auch günstige bei Bereitschaft und Akzeptanz.