



Heidenreich • Michalak (Hrsg.)

# Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie

Grundlagen und Praxis

**BELTZ**

Heidenreich • Michalak (Hrsg.)

**Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie**



Thomas Heidenreich • Johannes Michalak (Hrsg.)

# Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie

| Grundlagen und Praxis

**BELTZ**

*Anschriften der Herausgeber:*

Prof. Dr. Thomas Heidenreich  
Hochschule Esslingen  
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege  
Flandernstraße 101  
73732 Esslingen  
E-Mail: thomas.heidenreich@hs-esslingen.de

Prof. Dr. Johannes Michalak  
Universität Hildesheim  
Institut für Psychologie  
Marienburger Platz 22  
31141 Hildesheim  
E-Mail: michal@uni-hildesheim.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich  
(978-3-621-28037-2).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage 2013

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Andrea Schrameyer  
Herstellung: Uta Euler  
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal  
Umschlagbild: Getty Images, München  
Satz und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28116-4

# Inhaltsübersicht

Vorwort	11
<b>1</b> Einführung <i>Thomas Heidenreich • Johannes Michalak</i>	13
<b>2</b> Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) <i>Rainer F. Sonntag</i>	20
<b>3</b> Behavioral Activation <i>Valerija Sipos • Ulrich Schweiger</i>	41
<b>4</b> Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) <i>Eva-Lotta Brakemeier</i>	57
<b>5</b> Compassion Focused Therapy <i>Heike Winter • Christine Brähler • Paul Gilbert</i>	79
<b>6</b> Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) <i>Martin Bohus • Regina Steil • Christian Stiglmayr</i>	102
<b>7</b> Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) <i>Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	121
<b>8</b> Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention im Suchtbereich <i>Thomas Heidenreich • Götz Mundle • Johannes Michalak</i>	150
<b>9</b> Stressbewältigung durch Achtsamkeit: MBSR <i>Petra Meibert • Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	165
<b>10</b> Metakognitive Therapie <i>Tobias Teismann • Sven Hanning</i>	180
<b>11</b> Schematherapie <i>Eckhard Roediger • Gerhard Zarbock</i>	199
<b>12</b> Training emotionaler Kompetenzen (TEK) <i>Jeanine Schwarz • Matthias Berking</i>	219
<b>13</b> Well-being Therapy <i>Anne Katrin Risch</i>	242
<b>14</b> Die »dritte Welle«: eine kritische Betrachtung <i>Stefan G. Hofmann • Hannah M. Münch</i>	256

<b>15</b>	Transdiagnostische Aspekte der »dritten Welle« <i>Warren Mansell • Thomas Heidenreich • Johannes Michalak</i>	269
<b>16</b>	Abschließende Betrachtungen Die dritte Welle der Verhaltenstherapie – das Für und Wider eines Begriffs <i>Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	279
	Autorenverzeichnis	289
	Sachwortverzeichnis	291

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	11
<b>1 Einführung</b>	
<i>Thomas Heidenreich • Johannes Michalak</i>	13
1.1 <b>Geschichtliche Entwicklung der Verhaltenstherapie</b>	13
1.2 <b>Überblick zur Konzeption des Herausgeberwerks</b>	16
<b>2 Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)</b>	
<i>Rainer F. Sonntag</i>	20
2.1 <b>Einführung</b>	20
2.2 <b>Entwicklung des Verfahrens</b>	21
2.3 <b>Veränderungstheorie</b>	22
2.4 <b>Darstellung des Verfahrens</b>	27
2.5 <b>Empirischer Stand</b>	36
2.6 <b>Perspektiven</b>	37
<b>3 Behavioral Activation</b>	
<i>Valerija Sipos • Ulrich Schweiger</i>	41
3.1 <b>Einführung</b>	41
3.2 <b>Entwicklung der Methode</b>	41
3.3 <b>Störungs- und Veränderungstheorie</b>	42
3.4 <b>Darstellung der Therapieform</b>	44
3.5 <b>Empirischer Stand</b>	54
3.6 <b>Zusammenfassung</b>	55
<b>4 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)</b>	
<i>Eva-Lotta Brakemeier</i>	57
4.1 <b>Einführung</b>	57
4.2 <b>Entwicklung und Veränderungstheorie von CBASP</b>	59
4.3 <b>Darstellung des Verfahrens</b>	62
4.4 <b>Empirischer Stand</b>	73
4.5 <b>Perspektiven</b>	75

<b>5</b>	<b>Compassion Focused Therapy</b>	
	<i>Heike Winter • Christine Brähler • Paul Gilbert</i>	79
5.1	<b>Einführung</b>	79
5.2	<b>Das Modell der CFT</b>	80
5.3	<b>Klinische Anwendung</b>	85
5.4	<b>Behandlungsansatz</b>	87
5.5	<b>Behandlungsstrategien</b>	91
5.6	<b>Empirischer Stand</b>	98
5.7	<b>Perspektiven</b>	99
<b>6</b>	<b>Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)</b>	
	<i>Martin Bohus • Regina Steil • Christian Stiglmayr</i>	102
6.1	<b>Entwicklung des Verfahrens</b>	102
6.2	<b>Veränderungstheorie</b>	103
6.3	<b>Darstellung des Verfahrens</b>	106
6.4	<b>Empirischer Stand</b>	117
6.5	<b>Perspektiven</b>	118
<b>7</b>	<b>Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT)</b>	
	<i>Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	121
7.1	<b>Einführung</b>	121
7.2	<b>Entwicklung des Verfahrens</b>	122
7.3	<b>Veränderungstheorie</b>	123
7.4	<b>Darstellung des Verfahrens</b>	125
7.4	<b>Empirischer Stand</b>	135
7.5	<b>Perspektiven</b>	136
	<b>Exkurs: MBCT – aktuelle Befunde und Ausblick</b>	
	<i>Thorsten Barnhofer • J. Mark G. Williams</i>	139
<b>8</b>	<b>Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention im Suchtbereich</b>	
	<i>Thomas Heidenreich • Götz Mundle • Johannes Michalak</i>	150
8.1	<b>Einführung</b>	150
8.2	<b>Entwicklung des Verfahrens</b>	151
8.3	<b>Veränderungstheorie</b>	152
8.4	<b>Darstellung des Verfahrens</b>	154
8.5	<b>Empirischer Stand</b>	161
8.6	<b>Perspektiven</b>	163

<b>9</b>	<b>Stressbewältigung durch Achtsamkeit: MBSR</b>	
	<i>Petra Meibert • Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	165
9.1	<b>Einführung</b>	165
9.2	<b>Entwicklung des Verfahrens</b>	167
9.3	<b>Veränderungstheorie</b>	168
9.4	<b>Darstellung des Verfahrens</b>	171
9.5	<b>Empirischer Stand</b>	175
9.6	<b>Perspektiven</b>	176
<b>10</b>	<b>Metakognitive Therapie</b>	
	<i>Tobias Teismann • Sven Hanning</i>	180
10.1	<b>Entwicklung des Verfahrens</b>	181
10.2	<b>Veränderungstheorie</b>	181
10.3	<b>Praktisches Vorgehen</b>	184
10.4	<b>Empirischer Stand</b>	196
10.6	<b>Perspektiven</b>	197
<b>11</b>	<b>Schematherapie</b>	
	<i>Eckhard Roediger • Gerhard Zarbock</i>	199
11.1	<b>Einführung und Entwicklung des Verfahrens</b>	199
11.2	<b>Veränderungstheorie: Die »heilende« Beziehungserfahrung in der Schematherapie</b>	202
11.3	<b>Darstellung des Verfahrens: Der schematherapeutische Veränderungsprozess</b>	206
11.4	<b>Empirischer Stand</b>	213
11.5	<b>Fazit und Perspektiven</b>	214
<b>12</b>	<b>Training emotionaler Kompetenzen (TEK)</b>	
	<i>Jeanine Schwarz • Matthias Berking</i>	219
12.1	<b>Einführung</b>	219
12.2	<b>Veränderungstheorie: Emotionsregulation und Psychopathologie</b>	222
12.3	<b>Das TEK-Modell der Entstehung psychischer Störungen</b>	223
12.4	<b>Training emotionaler Kompetenzen: Darstellung des Verfahrens</b>	228
12.5	<b>Empirischer Stand</b>	239
12.6	<b>Ausblick und aktuelle Forschung</b>	239

<b>13</b>	<b>Well-being Therapy</b>	
	<i>Anne Katrin Risch</i>	242
13.1	<b>Einführung</b>	242
13.2	<b>Entwicklung des Verfahrens</b>	243
13.3	<b>Veränderungstheorie</b>	243
13.4	<b>Darstellung des Verfahrens</b>	244
13.5	<b>Empirischer Stand</b>	252
13.6	<b>Perspektiven</b>	253
<b>14</b>	<b>Die »dritte Welle«: eine kritische Betrachtung</b>	
	<i>Stefan G. Hofmann • Hannah M. Münch</i>	256
14.1	<b>Der empirische Status der »dritten Welle« der KVT</b>	256
14.2	<b>KVT: eine Familie von Therapien</b>	257
14.3	<b>Achtsamkeitsbasierte Behandlungen</b>	259
14.4	<b>Akzeptanz- und Commitmenttherapie</b>	262
14.5	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b>	265
<b>15</b>	<b>Transdiagnostische Aspekte der »dritten Welle«</b>	
	<i>Warren Mansell • Thomas Heidenreich • Johannes Michalak</i>	269
15.1	<b>Einführung</b>	269
15.2	<b>Diagnostik in der frühen Verhaltenstherapie</b>	270
15.3	<b>Störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie</b>	270
15.4	<b>Transdiagnostische Ansätze</b>	272
15.5	<b>Kontrolltheoretische Ansätze und transdiagnostische Perspektive</b>	275
15.6	<b>Fazit und Perspektiven</b>	276
<b>16</b>	<b>Abschließende Betrachtungen</b>	
	<b>Die dritte Welle der Verhaltenstherapie – das Für und Wider eines Begriffs</b>	
	<i>Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	279
	<b>Autorenverzeichnis</b>	289
	<b>Sachwortverzeichnis</b>	291

# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

es freut uns, mit dem vorliegenden Band einen Überblick über einen in den letzten Jahren intensiv diskutierten Trend in der Verhaltenstherapie liefern zu können. Die Reaktionen auf den von Steve Hayes postulierten und mit der Bezeichnung »dritte Welle« titulierten, sich (angeblich) abzeichnenden Paradigmenwechsel in der Verhaltenstherapie waren und sind unterschiedlich und bisweilen kontrovers. Die Reaktionen reichen von Begeisterung über neue und innovative Ideen, Prinzipien und Behandlungsvorschläge bis hin zu Misstrauen oder auch Ablehnung eines Trends, der nur scheinbar von sich behauptete, neu und innovativ zu sein, in Wirklichkeit aber nur alten Wein in (werbewirksam) verpackten neuen Schläuchen serviere.

Uns erschienen diese Kontroversen interessant, aber gleichzeitig auch danach zu »rufen«, auf eine informiertere und sachlichere Diskussionsebene gebracht zu werden. Diesem Ziel wollen wir mit dem vorliegenden Herausgeberband gerecht werden. Die wichtigsten Ansätze der dritten Welle werden im vorliegenden Band praxisorientiert vorgestellt. Wir haben dabei den Begriff »dritte Welle« absichtlich sehr weit gefasst – neben Ansätzen wie der von Hayes entwickelten Akzeptanz- und Commitmenttherapie, die sich eindeutig der dritten Welle zuordnen lassen, sind auch andere Ansätze vertreten, die gewöhnlich nicht direkt mit der dritten Welle assoziiert werden (z. B. die Well-being-Therapie), da auch in aktuellen Varianten dieser Ansätze vieles zu finden ist, was eine Aufnahme in den vorliegenden Band rechtfertigt. Neben diesem praxisorientierten Schwerpunkt des vorliegenden Bandes kommen aber auch Vertreter zu Wort, die sich eher kritisch zur Idee eines Paradigmenwechsels in der Verhaltenstherapie äußern (siehe beispielsweise das Kapitel von Hofmann & Münch).

Wir hoffen, dass durch diesen breiten Zugang zum Thema die Leser sich selbst einen theoretisch fundierten und praktisch einsetzbaren Eindruck über die dritte Welle verschaffen und informiert entscheiden können, wie viel von den in diesem Band enthaltenen Ideen und therapeutischen Ansätzen sie in ihr Denken über psychische Störungen und in ihr therapeutisches Handeln aufnehmen möchten.

Esslingen und Hildesheim, im Frühling 2013

*Thomas Heidenreich  
Johannes Michalak*



# 1 Einführung

Thomas Heidenreich • Johannes Michalak

Die Verhaltenstherapie blickt mittlerweile auf eine recht lange und fruchtbare Geschichte zurück: Ausgehend von dem Anspruch, lerntheoretische Gesetzmäßigkeiten auf den Umgang mit psychischen Störungen anzuwenden, wurde die Theoriebildung im Laufe der zurückliegenden Jahrzehnte zunehmend auch durch andere Elemente befruchtet. Während sich die »junge« Verhaltenstherapie in ihren Anfängen zunächst stark gegenüber anderen Therapieansätzen abgrenzte und bestrebt war, menschliches Verhalten auf grundlegende Lerngesetze zurückzuführen, wurden im Laufe der Jahrzehnte zunehmend kognitive Therapiestrategien in die Behandlung aufgenommen, sodass die Begriffe »Verhaltenstherapie« und »Kognitive Verhaltenstherapie« heute weitgehend synonym verwendet werden können. In den zurückliegenden 20 Jahren ist nun aus unserer Sicht eine weitere Veränderung der Verhaltenstherapie zu beobachten, die in traditionell kognitiv-behavioralen Termini nicht vollständig erfassbar ist – diese Veränderungen ruhen einerseits fest auf dem Fundament der behavioralen und kognitiven Tradition der Verhaltenstherapie, weisen andererseits jedoch auch erhebliche Neuerungen auf, die sich mit Schlagworten wie »Achtsamkeit«, »Akzeptanz«, »Schemata« etc. bezeichnen lassen.

Unsere Motivation, dieses Buch herauszugeben, resultiert aus der Faszination, die wir im Laufe der zurückliegenden Jahre angesichts einer ganzen Reihe von Neuentwicklungen in der Verhaltenstherapie sowohl bei uns selbst als auch bei Kollegen wahrgenommen haben. Die einzelnen Neuerungen sind sehr schwer »unter einen Hut« zu bringen, gemeinsam ist ihnen jedoch, dass die neuen Elemente in klassischen kognitiven und behavioralen Termini nicht vollständig zu fassen sind. Dieses Buch soll auf der einen Seite einen Überblick zu den neuen Entwicklungen der Kognitiven Verhaltenstherapie liefern, auf der anderen Seite strebt es an, die einzelnen Strömungen zu bündeln und einen Ausblick auf weitere mögliche Entwicklungen der VT zu geben. Wir werden die aktuellen Entwicklungen zunächst in den historischen Kontext der Entwicklung der Verhaltenstherapie stellen und aktuelle Entwicklungen benennen und einordnen. Im Anschluss daran werden wir den Plan des vorliegenden Buches erläutern.

## 1.1 Geschichtliche Entwicklung der Verhaltenstherapie

Obwohl sich der exakte Beginn der Verhaltenstherapie nur schwer an einem Datum festmachen lässt, besteht Einigkeit darüber, dass frühe Publikationen zur Anwendung von Lerntheorien auf menschliches Problemverhalten wichtige Startpunkte markieren. Hier sind z. B. die Arbeiten von Wolpe (insbesondere »Psychotherapy by reci-

procal inhibition« (Wolpe, 1958) und Mowrer zu nennen (Mowrer & Lamoreaux, 1942). Im weiteren Verlauf wurden durch die Arbeiten von Beck und Ellis zunehmend kognitive Therapieelemente in die Behandlung einbezogen, während in den zurückliegenden Jahren weitere Elemente integriert wurden. In diesem Zusammenhang wird aktuell von einer Einteilung der Verhaltenstherapie in drei Phasen oder Wellen gesprochen (Hayes, 2004; Hayes et al., 2011; Heidenreich et al., 2007; Kahl et al., 2012). Diese umfassen

- (1) die behaviorale Phase,
- (2) die kognitiv-behaviorale Phase und
- (3) die »dritte Welle«, die durch eine zunehmende Berücksichtigung von Achtsamkeit und Akzeptanz charakterisiert ist.

### **Die behaviorale Phase der Verhaltenstherapie**

Die noch junge Verhaltenstherapie positionierte sich wissenschaftstheoretisch klar im Sinne einer Naturwissenschaft und betonte in diesem Zusammenhang die Bedeutsamkeit von Replizierbarkeit, Objektivität und empirischer Fundierung:

»Die frühe VT zeichnete sich dadurch aus, dass von Beginn an die Entwicklung theoretischer Konstrukte und Modelle und deren Umsetzung in therapeutische Interventionen auf einer wissenschaftlich zufriedenstellenden empirischen Grundlage erfolgen sollte. Der Ausgangspunkt der Entstehung der VT liegt dabei in der Anwendung von Prinzipien der experimentellen Psychologie (Lerntheorien) auf Verhaltensprobleme allgemein und klinische Störungen im speziellen« (Heidenreich et al., 2007, S. 2).

Dieser »reduktionistische« Ansatz führte zu teilweise erheblichen Anfeindungen durch andere Therapieschulen (insbesondere der Psychoanalyse), die sich stärker hermeneutischen und geisteswissenschaftlichen Traditionen verpflichtet fühlten. Die Verhaltenstherapie konnte in der Analyse (z. B. im Nachweis der Bedeutsamkeit von klassischer und operanter Konditionierung) und in der Behandlung psychischer Störungen teilweise erhebliche Fortschritte verzeichnen. Im Vordergrund stand die Veränderung offen beobachtbaren Verhaltens (»behavior modification«). Es wurde jedoch auch zunehmend klar, dass neben der reinen Verhaltensebene Interpretations- und Bewertungsprozessen eine große Bedeutung zukommt – analog zu Entwicklungen in der Allgemeinen Psychologie ergab sich eine »kognitive Wende«, die zu einer deutlichen Erweiterung der theoretischen Basis der Verhaltenstherapie führte.

### **Die kognitiv-behaviorale Phase der Verhaltenstherapie**

In den 1970er Jahren entwickelte sich unter Verhaltenstherapeuten eine zunehmende Unzufriedenheit mit der methodischen Beschränkung auf elementare Lerngesetze: Es zeigte sich, dass kognitiven Prozessen gerade in der Aufrechterhaltung psychischer Störungen eine große Rolle zukam. Gedanken und Überzeugungen wurden demnach besonders betont. (Heidenreich et al., 2007). Im Laufe der 1970er und 1980er Jahre entwickelte sich die kognitiv-behaviorale Betrachtung rasant weiter. Besonders etablierte sich zunehmend eine störungsspezifische Betrachtungsweise, die vor allem Modelle zu spezifischen Prozessen der Aufrechterhaltung von einzelnen Störungen

und darauf aufbauende, auf die Störung zugeschnittene Behandlungsansätze hervorbrachte. Die Kognitive Verhaltenstherapie darf dabei nicht als eine Abkehr von den ursprünglichen behavioralen Traditionen verstanden werden, es handelt sich eher um die Ergänzung von auf Verhaltensänderung bezogenen Interventionen durch Interventionen, die auf eine Modifikation interner Abläufe wie Bewertungen abzielen (z. B. die »kognitive Umstrukturierung«). Die aktuelle Verhaltenstherapie ist – zumindest in Deutschland – durchgängig Kognitive Verhaltenstherapie. Der Erfolg der Kognitiven Verhaltenstherapie zeigt sich nicht zuletzt daran, dass sie als die derzeit wissenschaftlich am besten abgesicherte Therapieform mit einem breiten Spektrum an Anwendungsgebieten bezeichnet werden kann.

### **Neue Entwicklungen seit den 1990er Jahren**

Trotz der unbestrittenen Erfolge der Kognitiven Verhaltenstherapie zeigte sich Anfang der 1990er Jahre an verschiedenen Stellen eine erneute Unzufriedenheit mit den theoretischen und praktischen Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Unzufriedenheit entzündete sich häufig an Schwierigkeiten, die sich in der Behandlung einzelner Patientengruppen ergaben: So beobachtete Young (1990), dass nicht alle Patienten problemlos mittels strukturierter Kurzzeitprogramme behandelt werden können – diese Beobachtung führten dazu, dass er nicht nur interpersonelle und psychodynamische Behandlungselemente integrierte, sondern seinem Ansatzpunkt gleich einen ganz neuen Namen gab: Schematherapie. Analog dazu beobachtete Linehan, dass Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf klassische kognitiv-behaviorale Therapiestrategien nur unzureichend ansprachen – zusätzlich zu den etablierten Behandlungsverfahren nahm sie Achtsamkeit und Akzeptanz als wichtige Elemente in ihre Behandlung auf – der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Gleichzeitig betonten Hayes und Kollegen im Rahmen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) auf der einen Seite die Bedeutung der Akzeptanz und auf der anderen Seite den Bezug auf Werte. Weitere Entwicklungen legten den Schwerpunkt statt auf inhaltliche Merkmale kognitiver Abläufe auf die Haltung, die Patienten zu ihren Kognitionen und anderen inneren Erfahrungen hatten (neben ACT z. B. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie und Metakognitive Therapie). Analog zum Übergang von der behavioralen in die kognitiv-behaviorale Phase kann davon ausgegangen werden, dass die wichtigsten Methoden und Erkenntnisse der beiden vorangegangenen Phasen nicht etwa verworfen, sondern beibehalten wurden. Dass dies nicht für alle Entwicklungen und Sichtweisen gilt, lässt sich an Äußerungen von Hayes (2004) belegen, der – aus einer radikal behavioralen Sicht – betont, dass die Neuentwicklung zum Teil Änderungen der kognitiv-behavioralen Phase rückgängig macht.

### **Dritte Welle oder Evolution – was hat sich in den letzten 20 Jahren verändert?**

Dass in den zurückliegenden Jahren innerhalb der Kognitiven Verhaltenstherapie neue Entwicklungen stattfanden, ist weitgehend unbestritten. Heftig umstritten ist jedoch die Frage, ob diese Neuentwicklungen so grundsätzlich sind, dass von einer »dritten Welle« der Verhaltenstherapie gesprochen werden kann. Der Beginn dieser Entwick-

lung liegt in den 1990er Jahren und ist insgesamt sehr heterogen: Die Ansätze umfassen die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), Schematherapie, Cognitive Behavioral System of Psychotherapy (CBASP), Behavioral Activation etc. Steve Hayes prägte den Begriff der dritten Welle und betonte vor allem die Unterschiede zur klassischen kognitiv-behavioralen Therapie (Hayes, 2004). Demgegenüber geht Stefan Hofmann davon aus, dass trotz der stärkeren Betonung einzelner Elemente wie Fertigkeitentraining und Emotionsregulation keine so wesentlichen Änderungen vorliegen, dass eine Benennung als dritte Welle gerechtfertigt erscheint (Hofmann & Asmundson, 2008). Insgesamt gehen wir davon aus, dass die unter dem Begriff der dritten Welle zusammengefassten Verfahren wesentliche Neuerungen und Änderungen mit sich bringen (z. B. eine stärkere Betonung kontextueller und experientieller Aspekte). Wir werden im abschließenden Kapitel noch einmal auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser Neuentwicklungen eingehen.

## 1.2 Überblick zur Konzeption des Herausgeberwerks

Unser Ziel für das vorliegende Buch ist es, einen möglichst umfassenden Überblick zu aktuellen Entwicklungen der Verhaltenstherapie zu liefern. Wir haben uns dabei auf solche Ansätze konzentriert, die in ihrem Verständnis grundsätzlich neue Elemente berücksichtigen. Störungsspezifische Ansätze wie z. B. die Neuentwicklungen in der Behandlung sozialer Angststörungen von David Clark wurden dementsprechend nicht berücksichtigt, obwohl die Betonung der Berücksichtigung von Sicherheitsverhalten und Selbstaufmerksamkeit bisher bestehende Ansätze deutlich weiterentwickelt. Das vorliegende Buch besteht aus 12 inhaltlichen Kapiteln, die Neuentwicklungen der Verhaltenstherapie darstellen. Die Kapitel folgen einem identischen Aufbau (Einführung, historische Entwicklung, Störungstheorie, praktische Darstellung des Verfahrens, Stand der Empirie) und sind durchgängig praktisch orientiert. Da in der Fülle dieser Ansätze eine Reihe unterschiedlicher inhaltlicher Klassifizierungen möglich gewesen wäre, haben wir uns dafür entschieden, die Ansätze in alphabetischer Reihenfolge vorzustellen. Ein Überblick zu den einzelnen Ansätzen und kurze Angaben zu Neuerungen gegenüber kognitiv-behavioralen Standardverfahren finden sich in Tabelle 1.1.

- ▶ Der erste inhaltliche Beitrag behandelt die *Akzeptanz- und Commitmenttherapie* und wurde von **Rainer Sonntag** verfasst. ACT wurde von Hayes und Kollegen (1999) in den USA entwickelt und konzentriert sich auf die Vermittlung einer akzeptierenden Haltung (insbesondere eigenen inneren Erfahrungen gegenüber) und einer klaren Orientierung an Werten. Erklärtes Ziel des Ansatzes ist es, Menschen zu ermöglichen, engagiert ihren Werten gemäß zu leben.
- ▶ Der zweite Beitrag stammt von **Valerija Sipos** und **Ulrich Schweiger** und stellt die *Behavioral Activation* vor. Dieser Behandlungsansatz bei Depression wurde von Jacobson, Dimidjan und anderen Kollegen entwickelt und knüpft zunächst eng an der verhaltenstherapeutischen Tradition der Verhaltensaktivierung an. Es bestehen

**Tabelle 1.1** Einzelne im Rahmen des Buches behandelte Ansätze und Neuerungen gegenüber kognitiv-behavioraler Standardtherapie

Methode	Neuerungen gegenüber kognitiv-behavioralen Ansätzen
Akzeptanz- und Commitmenttherapie	Achtsamkeit, Akzeptanz, Wertebezug
Behavioral Activation	Akzeptanz, Wertebezug
Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy	Übertragung
Compassion Focused Therapy	Mitgefühl mit sich selbst, Achtsamkeit
Dialektisch-Behaviorale Therapie	Achtsamkeit, Akzeptanz
Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie	Achtsamkeit
Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention	Achtsamkeit
Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion	Achtsamkeit
Metakognitive Therapie	Metakognitive Fertigkeiten (z. B. Aufmerksamkeitslenkung)
Schematherapie	Achtsamkeit, Schemamodell
Training emotionaler Kompetenzen	Achtsamkeit
Well-Being Therapy	Langfristige Steigerung des Wohlbefindens

jedoch auch bedeutsame Unterschiede zum traditionellen Verhaltensaufbau: Behavioral Activation setzt den Schwerpunkt nicht auf den Aufbau angenehmen Verhaltens, sondern betont die Bedeutung wertebasierter Verhaltensaktivierung.

- ▶ Im dritten inhaltlichen Beitrag stellt **Eva-Lotta Brakemeier** das *Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)* vor. Dieses von McCullough entwickelte Behandlungsprogramm für Menschen, die unter chronischer Depression leiden, bezieht explizit die Analyse und Bearbeitung von Übertragungsphänomenen in der therapeutischen Beziehung ein und legt einen Schwerpunkt auf die Analyse der Beziehungen zu relevanten Bezugspersonen. CBASP bezieht somit explizit ein Element in die verhaltenstherapeutische Behandlung ein, das üblicherweise mit psychodynamischen Traditionen assoziiert wird – wichtig ist jedoch zu betonen, dass sowohl die Konzeption als auch die Bearbeitung der Übertragung sich erheblich von derjenigen in klassisch psychodynamischen Behandlungen unterscheidet.

- ▶ Der daran anschließende Beitrag von **Heike Winter, Christine Brähler** und **Paul Gilbert** thematisiert die *Compassion Focused Therapy (CFT)*. CFT legt den Schwerpunkt der Behandlung darauf, dass die Patienten eine Haltung erlernen, die von Mitgefühl mit sich selbst geprägt ist – angenommen wird, dass psychische Störungen häufig durch Schamgefühle aufrechterhalten werden, die im Laufe der Lebensgeschichte erworben wurden.
- ▶ Darauf folgend stellen **Martin Bohus, Regina Steil** und **Christian Stiglmayr** die *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)* vor. Diese von Marsha Linehan entwickelte und mittlerweile sehr bekannte Behandlungsmethode für Menschen mit emotional instabilen Störungen integriert klassische veränderungsorientierte behaviorale Therapiestrategien mit akzeptanzorientierten Methoden.

Im Anschluss daran werden insgesamt drei achtsamkeitsbasierte Verfahren vorgestellt:

- ▶ **Johannes Michalak** und **Thomas Heidenreich** machen die *Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT)* zur Rückfallprävention bei rezidivierenden depressiven Störungen zum Thema. Diese wurde von Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale entwickelt und integriert kognitiv-behaviorale Behandlungselemente mit der Entwicklung von Achtsamkeit. Nachfolgend beschäftigen sich **Thorsten Barnhofer** und **Mark Williams** vertiefend mit weiteren Aspekten von MBCT wie den Kernprinzipien, den zentralen Wirkmechanismen und möglichen zukünftigen Entwicklungslinien des Ansatzes.
- ▶ **Thomas Heidenreich, Johannes Michalak** und **Götz Mundle** stellen im Anschluss daran die von der Arbeitsgruppe um Alan Marlatt entwickelte *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (MBRP)* vor. Diese integriert Achtsamkeitsübungen und das sozial-kognitive Rückfallmodell zur Behandlung von Suchterkrankungen.
- ▶ Schließlich wird von **Petra Meibert, Thomas Heidenreich** und **Johannes Michalak** die *Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR)* dargestellt. Dieses von Jon Kabat-Zinn bereits in den späten 1970er Jahren entwickelte Programm kombiniert ein intensives Achtsamkeitstraining mit psychoedukativen Elementen zum Thema Stress.
- ▶ Im Anschluss an die achtsamkeitsbasierten Verfahren präsentieren **Tobias Teismann** und **Sven Hanning** die *Metakognitive Therapie (MCT)*. Das von Adrian Wells entwickelte Verfahren zielt darauf ab, Patienten darin zu unterstützen, ihre metakognitiven Fertigkeiten (z. B. Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus) zu verbessern. Damit liegt eine gewisse Nähe zu den achtsamkeitsbasierten Verfahren vor.
- ▶ Der daran anschließende Beitrag von **Eckhard Roediger** und **Gerhard Zarbock** macht die *Schematherapie* zum Thema. Ursprünglich von Jeffrey Young entwickelt, hat sich die Schematherapie in den letzten Jahren zunehmend weiterentwickelt und bietet zwischenzeitlich eine Behandlungsmöglichkeit für eine Vielzahl psychischer Störungen.
- ▶ **Jeanine Schwarz** und **Matthias Berking** stellen im folgenden Beitrag das *Training emotionaler Kompetenzen (TEK)* vor. TEK vermittelt neben psychoedukativen Elementen grundsätzliche Informationen zu Emotionen und deren Regulation mittels z. B. Entspannungstechniken, Achtsamkeit, Akzeptanz und Selbstunterstützung.

- ▶ Den Abschluss der inhaltlichen Kapitel stellt das Kapitel zur *Well-Being Therapy* von **Anne Katrin Risch** dar. Dieses von Giovanni Fava entwickelte Programm zur Rückfallprävention bei rezidivierender Depression zielt darauf ab, Menschen in einer langfristigen Verbesserung ihres Wohlbefindens zu unterstützen.
- Im Anschluss an die Darstellung der einzelnen Ansätze erfolgen eine kritische Würdigung derselben sowie eine Zusammenschau.
- ▶ Zunächst setzen sich **Stefan Hofmann** und **Hannah Münch** kritisch mit dem Begriff der dritten Welle auseinander. Sie argumentieren, dass trotz der auch von ihnen beschriebenen Neuerungen die Ähnlichkeiten der als dritte Welle bezeichneten Ansätze mit der klassischen kognitiv-behavioralen Therapie so ausgeprägt sind, dass die Annahme einer eigenständigen neuen Phase nicht sinnvoll erscheint.
  - ▶ **Warren Mansell**, **Thomas Heidenreich** und **Johannes Michalak** setzen sich daran anschließend mit einem spezifischen Faktor der Dritte-Welle-Ansätze auseinander: Während die kognitiv-behavioralen Ansätze in der Regel stark störungsorientiert sind (was insgesamt zu einer Art »Manualflut« geführt hat), zielen die Dritte-Welle-Ansätze stark auf transdiagnostische Prozesse. Dieser Begriff bezeichnet Behandlungselemente, die über einzelne Störungen hinaus relevant sind.
  - ▶ Den Abschluss des Buches bildet ein Kapitel von **Johannes Michalak** und **Thomas Heidenreich**, das die behandelten Ansätze einordnet und in dem ein abschließendes Fazit gezogen wird.

## Literatur

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141–168.
- Heidenreich, T., Michalak, J. & Eifert, G. (2007). Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 475–486.
- Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Reviews*, 28, 1–16.
- Kahl, K. G., Winter, L. & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: What is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25, 522–528.
- Mowrer, O. H. & Lamoreaux, R. R. (1942). Avoidance conditioning and signal duration – A study of secondary motivation and reward. *Psychological Monographs*, 54, 4 (whole No. 27).
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*. Sarasota: Professional Resources Press.

# 2 Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

Rainer F. Sonntag

## Steckbrief

Name (deutsch):	Akzeptanz- und Commitmenttherapie
Name (englisch):	Acceptance and Commitment Therapy
Akronym:	ACT
Hauptpublikation (englisch):	Hayes et al. (2012 a)
Hauptpublikation (deutsch):	Hayes et al. (1999, dt. 2004)
Setting:	Einzel- und Gruppentherapie
Zentrale Therapieprinzipien:	Metaphern und Übungen zu Achtsamkeit, Defusion, Selbst-als-Kontext, Akzeptanz, Werte wählen und formulieren, Engagement
Indikationsbereich:	Breites Spektrum an psychischen Störungen
Zentrale Publikation zur Wirksamkeit:	Hayes et al. (2006), Ruiz (2010)

## 2.1 Einführung

### Beispiel

Langsam und schwerfällig kommt die Patientin in mein Zimmer und lässt sich in ihren Stuhl fallen. Sie schaut mich kaum an. Ihre Stimme wirkt erschöpft. »Ich bin so müde, Herr Doktor. Es hat doch alles keinen Zweck mehr. Sie können mir auch nicht mehr helfen. Dieser tägliche Kampf ... die Arbeit ... die Kinder kriegen nichts alleine auf die Reihe ... mein Mann ... nur auf der Couch ... und der Haushalt sieht aus. Ich mag nicht mehr. Am liebsten wäre ich nicht mehr da.« Solche oder ähnlich klingende Einleitungen setzen mich auch nach 30 Berufsjahren noch unter Druck. Das schreit nach Problemlösen, eine To-do-Liste machen, Prioritäten setzen usw. Bei manchen Leuten funktioniert das auch. Bei anderen nicht. Ich spüre den Drang, es auch hier zu versuchen, und ein Gefühl von Hilflosigkeit. Ich antworte nicht sofort. Was soll ich tun?

Zu leiden ist eine grundlegende Tatsache menschlichen Lebens. Doch unser Leiden erschöpft sich nicht in unerwünschten Gefühlen, die durch Gefahren, Verlust, Verletzungen, Mangel oder Zurückweisung hervorgerufen werden. Wir erleben nicht einfach nur Angst, Trauer oder Schmerz. Wir quälen uns mit Erinnerungen, Gedanken und Körperempfindungen, wir bewerten unsere Gefühle und kämpfen mit ihnen, wir

zerbrechen uns den Kopf über uns selbst und andere. Wir unternehmen alles Mögliche, um innere Erlebnisse loszuwerden und zu vermeiden, die wir als negativ bewertet haben.

In der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; als ganzes Wort gesprochen wie »äkt«) geht es um das Problem menschlichen Leidens, in welchen spezifischen Konstellationen es auch immer auftaucht. Sei es als Depression oder Angst, in Form körperlicher Beschwerden oder Beziehungsschwierigkeiten oder im Zusammenhang mit Erkrankungen wie Krebs oder Diabetes. ACT ist ein transdiagnostischer Ansatz (vgl. Kap. 15 in diesem Buch), der sich auf psychische Prozesse richtet, die all diesen spezifischen Erscheinungsformen menschlichen Leidens gemein und die »normal« sind. Doch ACT reicht auch über menschliches Leiden hinaus und zielt auf den umfassenderen Sinn individueller Lebensentwürfe und versucht Menschen zu helfen, sich in ihrem Leben aktiv und wertebezogen zu engagieren. Es geht letztlich um Fragen wie: »Wofür möchten Sie Ihr Leben einsetzen?« oder »In einer Welt, in der alles möglich wäre, was würden Sie da gerne aus Ihrem Leben machen?«

ACT lässt Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen so, wie sie sind. Sie müssen nicht inhaltlich verändert werden. Vielmehr konzentriert sich die Arbeit darauf, wie ein Patient auf seine inneren Erlebnisse Bezug nimmt. Oft liegt der Ursprung menschlichen Leidens darin, dass wir bestimmte Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen bekämpfen, vor ihnen flüchten und sie zu meiden versuchen. Im Unterschied zu diesen abwehrenden Verhaltensweisen benutzen ACT-Therapeuten Achtsamkeits-, Akzeptanz- und andere Techniken, um die *Wirkung* und nicht den *Inhalt* von Kognitionen zu verändern und um eine von Offenheit, Bereitwilligkeit und Mitgefühl geprägte Haltung gegenüber sich selbst und dem eigenen Erleben zu kultivieren. Insbesondere wird die Rolle von bevorzugten Verhaltensweisen bzw. Werten betont, um Menschen zu helfen, ein reiches und sinnvolles Leben zu führen. ACT-Therapeuten gehen davon aus, dass Leiden unvermeidlich ist, der Kampf dagegen das Leben aber erst recht stranguliert. Das übergeordnete Ziel der Behandlung ist die Entwicklung psychischer Flexibilität im Dienst persönlicher Werte. Mit anderen Worten geht es nicht darum, bestimmte Aspekte der Lebenserfahrung und des Erlebens zu beseitigen, sondern stattdessen zu lernen, dass und wie es möglich ist, auch mit schmerzlichen Gefühlen und Gedanken ein erfülltes Leben zu führen.

## 2.2 Entwicklung des Verfahrens

ACT ist nicht neu. Die Prinzipien, die ACT zugrunde liegen, sind vermutlich mehrere tausend Jahre alt. Sie wurden jedoch erst zu Beginn der 1980er Jahre im Sinne moderner Wissenschaft ausgearbeitet und konzeptualisiert. Die erste theoretische Arbeit, die hier zu nennen ist, befasste sich mit der Frage, wie kognitive Phänomene wie automatische Gedanken, Regeln oder Pläne, denen eine verhaltenssteuernde Wirkung zugesprochen wird, funktional zu verstehen sind (Zettle & Hayes, 1982). Hayes und Zettle waren unzufrieden mit der in der kognitiven Psychologie verbreite-

ten Auffassung, dass Kognitionen oder Emotionen andere Verhaltensweisen »verursachen« können. Sie suchten nach einer Antwort darauf, wie die Bindestriche (oder Pfeile: Gedanken → Handlungen) und die Rolle des Therapeuten zu analysieren sind. Wie kommt es zu den als selbstverständlich vorausgesetzten Beziehungen zwischen Gedanken und Handlungen? Wie kann ein Therapeut die Gedanken eines Patienten beeinflussen? Gibt es irgendwelche Umweltbedingungen, die wir bisher nicht gesehen oder vernachlässigt haben, die diese Beziehungen unterstützen?

Schon Skinner (1953) hielt es im Prinzip für möglich, dass subjektive Erlebnisse wie Gedanken verhaltenssteuernde Funktionen übernehmen könnten, wenn entsprechende Umweltbedingungen dies unterstützen würden. Indem Hayes und Zettle den Einfluss von Gedanken auf das Handeln als Verhaltens-Verhaltens-Beziehung auffassten, verwandelte sich die Frage nach der Rolle der Gedanken für das Verhalten zu der Frage: »Welche Arten von Kontingenzen können dazu führen, dass ein Verhalten, nämlich Denken, auftreten und ein anderes Verhalten (z. B. Handeln) beeinflussen kann?« (Zettle, 2005, S. 79).

Untersuchungen zur Selbstkontrolle (Hayes et al., 1985) und dem Einfluss von Regeln auf direkte Kontingenzen (Hayes et al., 1986; Hayes, 1989) führten zu einer differenzierten Analyse von Sprache und Kognition, die sich in der Relational Frame Theory (RFT, dt. Bezugsrahmentheorie) niederschlug (Hayes et al., 2001; Rehfeldt & Barnes-Holmes, 2009; Törneke, 2012). Sprache wird dabei als ein entscheidender Teil der menschlichen Umwelt aufgefasst, in die Sprecher und Hörer gemeinsam eingebettet sind. Ein Kontext, der uns umgibt wie die Luft zum Atmen und der nicht zu hintergehen ist. Auf der Grundlage der kontextuellen Analysen der RFT bieten ACT-Therapeuten in den Sitzungen neue sprachliche Umweltbedingungen an, um schädliche Funktionen eingefahrener verbal-kognitiver Prozesse (wie z. B. das automatische Ernstnehmen von Gedanken) abzuschwächen.

Ohne dass hier darauf ausführlicher eingegangen werden kann, sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, dass sowohl ACT als praktischer Therapieansatz wie auch die verhaltenanalytische Grundlagenforschung einschließlich der RFT ihrerseits vor dem philosophischen Hintergrund des funktionalen Kontextualismus stehen (s. Hayes et al., 2012 a), der als eine moderne Spielart des Pragmatismus aufgefasst werden kann (vgl. z. B. Rorty, 1999).

## 2.3 Veränderungstheorie

Aus der entwicklungspsychologischen Perspektive der Verhaltensanalyse unterliegt das Verhalten einem lebensgeschichtlichen Selektionsprozess (Catania, 2013). Durch die bekannten Prozesse von Verstärkung und Bestrafung werden einige Verhaltensweisen häufiger, andere treten seltener in Erscheinung. Dieser Entwicklungsprozess wird in der verhaltenstherapeutischen Mikroanalyse deutlich. Die folgenden Beispiele (Tab. 2.1) sollen zeigen, wie das Schweigen einer Patientin unter Vermittlung sprachlicher Prozesse durch verschiedene Verstärkungsbedingungen zunehmen kann.

**Tabelle 2.1** Beispiele verschiedener Verstärkungsbedingungen

S	R	C
Patientin bekommt nur wenig Anerkennung und Zuwendung	Patientin schweigt oder spricht nur sehr zögerlich	Therapeut wendet sich der Patientin intensiver zu (C <sup>+</sup> )
Patientin hat Angst vor Kritik und Abwertung und verbindet dies damit, dass man etwas Falsches sagt	Patientin schweigt oder spricht nur sehr zögerlich	Therapeut äußert keine Kritik (C <sup>-</sup> )
Patientin hat Angst, etwas Falsches zu sagen	Patientin schweigt oder spricht nur sehr zögerlich	Patientin hört sich nichts Falsches sagen, Angst lässt nach (C <sup>-</sup> )

Das erste Beispiel ist am klarsten. Einer äußeren Deprivationsbedingung entspricht ein äußerer positiver Verstärker. Das zweite Beispiel ist schon etwas schwieriger. Hier sind die Antezedensbedingung (S), die den negativen Verstärker etabliert, und die Konsequenz (C) schon komplexe sprachliche Konstruktionen (»Angst«, »Kritik«, »Abwertung«, »etwas Falsches«), bei denen allerdings immer noch eine vergleichsweise unmittelbare Beziehung zu äußeren Ereignissen besteht. Im dritten Beispiel sind Antezedensbedingung und Konsequenz sprachliche Konstruktionen, die nun schon relativ weit von äußeren Ereignissen entfernt sind. Die Patientin ist in ihrem verbalen Verhalten gefangen – was in ihrer Umgebung passiert, hat kaum noch Einfluss auf ihr Verhalten.

Sowohl das zweite als auch das dritte Beispiel sehen auf den ersten Blick recht einleuchtend aus. Freilich liegt das daran, dass oft ein wichtiger Aspekt außer Acht gelassen wird. Denn »Angst«, »Etwas Falsches sagen« oder »Kritik« werden wie selbstverständlich als aversive Ereignisse beurteilt. Die Frage, wie ein Gefühl wie Angst überhaupt zu einem aversiven Ereignis werden kann, taucht gar nicht erst auf. Die komplexen sprachlichen Verhaltensprozesse, die dabei eine Rolle spielen und gewissermaßen zur Verdinglichung von Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen führen, werden neben anderen Fragestellungen von der RFT untersucht (Hayes et al., 2001, S. 170 ff). Jedoch kann darauf hier aus Platzgründen nicht weiter eingegangen werden.

Für die praktischen Zwecke einer therapeutischen Fallkonzeptualisierung lässt sich in der Makroanalyse festhalten, dass die Patientin in ihrer Kindheit sehr viel kritisiert wurde und gelernt hat, sich dieser Kritik durch Schweigen zu entziehen. Ereignisse wie Kritik, Verletzungen, Verlustereignisse, Mangel an Anerkennung, Erniedrigung oder Ausgegrenzt-werden sind typische Beispiele für Einflüsse auf die Verhaltensentwicklung, die zu entsprechenden Anpassungen im Verhalten führen. Häufig sind diese von

außen aufgedrängten Verhaltensanpassungen mit einer Abnahme an Verhaltensflexibilität verbunden. Doch muss aus der ACT-Perspektive noch eine weitere Sorte von Umweltbedingungen berücksichtigt werden und das sind, wie schon angedeutet, sprachliche Prozesse. Sie können zu den im Folgenden aufgeführten übergeordneten Verhaltensproblemen führen.

### **Kognitive Fusion**

Makroereignisse wie Verlust, Traumata, Mangel an Zuwendung usw. werden von Menschen automatisch in Worte, Gedanken und Bilder gefasst. Durch einen Prozess, den wir als kognitive Fusion bezeichnen, teilen diese inneren Verhaltensweisen einen Teil der Wirkungen, welche die Makroereignisse ausgeübt haben. So können Gedanken und bildhafte Vorstellungen eines traumatischen Ereignisses ähnliche Verhaltensweisen hervorrufen wie das traumatische Ereignis selbst (z. B. Angst, Dissoziation).

Kognitive Fusion ist ein klinisch relevanter Prozess, der unter Bezug auf die experimentelle Grundlagenforschung als eine Form beliebig anwendbaren Bezugnehmens noch sehr viel differenzierter analysiert werden kann (Törneke, 2012). Das Beispiel der Traumaerinnerungen illustriert dabei nur eine bestimmte Sorte dieses beliebig anwendbaren Bezugnehmens: das koordinative Bezugnehmen (man spricht auch von dem Bezugsrahmen der Koordination). Entsprechende Hinweise können auch zu vergleichendem (»größer als«, »kleiner als«; Dymond & Barnes, 1995), gegensätzlichem (»ist das Gegenteil von«; Dymond & Barnes, 1996), hierarchischem (»ist Teil von«; Gil et al., 2012) oder perspektivischem (»ich«, »du«, »hier«, »dort«, »jetzt«, »dann«; McHugh & Barnes-Holmes, 2004) Bezugnehmen führen. »Ist nicht« oder »ist anders als« sind Hinweise für unterscheidendes Bezugnehmen, ohne dass die Art der Verschiedenheit genauer spezifiziert wird.

Der für affektiv-kognitive Leistungen bzw. klinische Probleme entscheidende Aspekt des beliebigen Bezugnehmens ist die Transformation von Reizfunktionen. Das ist es, was man meint, wenn gesagt wird, dass Gedanken die Welt verändern können. Dass verbales Bezugnehmen die Transformation von Reizfunktionen steuert, konnte in vielen Experimenten für eine Vielzahl von Reizen nachgewiesen werden (eine knappe Übersicht findet sich z. B. bei Dymond & Rehfeldt, 2000).

Vergleichendes und gegensätzliches Bezugnehmen sowie die damit einhergehende Transformation von Reizfunktionen sind die wichtigsten Prozesse, die unserem Bewerten zugrunde liegen. Mit ihrer Hilfe vergleichen wir nicht nur äußere Ereignisse und Gegenstände, sondern auch Personen, Verhaltensweisen und inneres Erleben. So werden schließlich auch Gefühle, Gedanken oder Körperempfindungen als gut oder schlecht bewertet und entsprechend erlebt. Das kann so weit führen, dass zwischen subjektiven Erlebnissen und den mit ihnen in Beziehung stehenden äußeren Ereignissen nicht mehr unterschieden werden kann und Personen mit ihren Gedanken, Geschichten oder inneren Bildern »verschmelzen«. Beispiele dafür sind automatische Gedanken, intrusive Vorstellungsbilder oder Grundannahmen. Zur kognitiven Fusion gehört außerdem noch, dass nur wenige kognitive Inhalte das Erleben beherrschen.

### Beispiel

So wurde unsere Patientin von Gedanken beherrscht wie: »Es hat doch alles keinen Zweck mehr«, »Sie können mir auch nicht mehr helfen«, »Die Kinder kriegen nichts alleine auf die Reihe« oder auch »Ich bin völlig unfähig«.

### Erlebnisvermeidung

Infolge der zuvor beschriebenen Prozesse werden innere Erlebnisse in ähnlicher Weise kategorisiert wie jene äußeren Ereignisse, mit denen sie in Beziehung stehen. So wie äußere Ereignisse durchaus sinnvoll als positiv und negativ bewertet werden, werden auch Gedanken, Körperempfindungen und Gefühle als positiv oder negativ bewertet. Und so wie positive äußere Ereignisse Annäherungsziele darstellen, werden auch positive Gedanken und Gefühle zu Annäherungszielen. Umgekehrt werden negative Gedanken und Gefühle wie negative äußere Ereignisse zu Vermeidungszielen.

So gesehen ist es völlig normal und natürlich, wenn wir Schmerzen, Ängste, Traurigkeit oder Enttäuschung ebenso zu vermeiden trachten wie solche äußeren und inneren Reize, die mit diesen Emotionen in Beziehung stehen. Die Probleme dieser Erlebnisvermeidung sind oft beschrieben worden (z. B. Kashdan et al., 2006). Sie bestehen nicht zuletzt in jenen »ironischen« Prozessen, die dazu führen, dass ausgerechnet jene Erlebnisse, die man am liebsten loswerden möchte, häufiger und intensiver werden (Wegner, 2009).

### Beispiel

Wie sich bei der hier beschriebenen Patientin zunächst herausstellte, vermied sie vor allem Schuldgefühle und eine innere Unruhe, die oft dann auftrat, wenn bestimmte Dinge noch nicht erledigt waren.

### Unachtsamkeit bzw. gering ausgeprägtes Selbst-als-Prozess-Verhalten

Kognitive Fusion und Erlebnisvermeidung führen dazu, dass wir uns in Gedanken und Gefühle auf Kosten der nach außen gerichteten Sinneswahrnehmungen hineinziehen lassen. Ebenso vernachlässigen wir unser inneres Erleben und verlieren den Kontakt zu unserem Körper, zu unseren langfristigen Zielen und dem was uns wichtig ist, wenn wir mit unseren Gedanken in der Vergangenheit oder Zukunft oder bei irgendwelchen abstrakten Überlegungen sind. Es resultiert ein Mangel an Achtsamkeit bzw., wie ACT-Therapeuten sagen, eine geringe Aktivität von Selbst-als-Prozess (s. u.; zum Begriff Selbst-als-Prozess s. Foody et al., 2012). Klinisch imponiert dies als Grübeln über die Vergangenheit, Befürchtungen im Hinblick auf die Zukunft, Unaufmerksamkeit, Vernachlässigung der eigenen Grenzen oder Vernachlässigung anderer Menschen.

### Beispiel

Bei der oben beschriebenen Patientin war es einerseits zu einer Vernachlässigung von sich selbst und anderen Aktivitäten als Arbeiten und für andere zu sorgen gekommen, andererseits war sie mittlerweile so mit ihrer Müdigkeit und ihren Gedanken beschäftigt, dass tatsächlich auch ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wurde.

### Instabiles Selbsterleben

Die Fokussierung auf Gedanken, zu vermeidende Gefühle sowie die Vernachlässigung des nach innen ebenso wie nach außen gerichteten unmittelbaren Erlebens (Selbst-als-Prozess) haben aber noch einen weiteren Effekt. Emotionen, Gedanken, körperliche Empfindungen und Handlungen verändern sich laufend, ebenso wie wir auch unsere sozialen Rollen je nach Situation immer wieder wechseln. Auch unsere verschiedenen Verhaltensrepertoires verändern sich mit der Zeit und in Abhängigkeit von Situationen. Wenn wir unsere Identität in Form entsprechender Selbstbildannahmen sehr stark an diese veränderlichen Erlebnisinhalte binden, können wir uns selbst kaum als stabil und zusammenhängend erleben. Klinisch äußert sich das beispielsweise darin, dass Patienten ihr Handeln sehr stark in Abhängigkeit von inneren und äußeren Zuschreibungen begründen und nur sehr wenig Gespür für sich selbst als Akteure und Autoren ihres Handelns haben. Mit anderen Worten haben sie nur wenig Kontakt zu dem, was sich bei allen Veränderungen des Erlebens nie verändert: das »Ich-hier-jetzt« sowohl als Perspektive als auch als Kontext allen Erlebens und Verhaltens.

Mit diesem stabilen inneren Bezugspunkt in Kontakt zu kommen fällt außerdem schwer, wenn man aufgrund starrer Weltanschauungen oder Selbstbildannahmen an eine rigide Perspektive gebunden ist. In diesem Fall beherrschen identitätsstiftende Selbst- und Fremdbildannahmen das Bewusstsein und bestimmen das Sein, während das »Ich-hier-jetzt« hinter diesen emotional-kognitiven Inhalten verborgen bleibt. Weiterhin resultiert aus einem Mangel an Kontakt mit dem kontinuierlichen Fluss des eigenen Erlebens, der sich durch Unachtsamkeit bzw. wenig ausgeübtes Selbst-als-Prozess-Verhalten ergibt, ein Gefühl innerer Zerrissenheit und Fragmentierung. Die kognitive Fusion mit vergangenheits- oder zukunftsbezogenen Inhalten und die mit wechselnden zeitlichen Bezugnahmen (vor 3 Jahren, vor 5 Jahren, damals in meiner Jugend etc.) verbundenen Sprünge lassen ein solches Kontinuitätserleben ebenfalls nur schwer aufkommen.

### Beispiel

Aufgrund eines häufig zu beobachtenden Musters kausalen Bezugnehmens (bzw. externer Kontrollattributionen) erlebte sich unsere Patientin überwiegend als Opfer äußerer Umstände. Sie sah sich selbst kaum noch als selbstbestimmenden Akteur. Krampfhaft versuchte sie, ihr immer wieder auftauchendes Selbstbild als »unfähig«, »Versagerin« und »Schmarotzer« zu widerlegen.

### **Unklarheit von Werten**

Angesichts der bis hierher skizzierten Situation wird es schwierig zu fühlen, zu erleben und zu sagen, was für einen selbst persönlich wichtig und von Bedeutung ist. Das wiederum begünstigt die Fusion mit sozialen Normen und Erwartungen ebenso wie mit Annahmen über sich selbst, die durch mehr oder weniger zufällige Lebensereignisse oder Bewertungen seitens anderer hervorgerufen worden sind, und aus denen nun Handlungsziele abgeleitet werden. Auch die Vermeidung von Gefühlen beeinträchtigt den Kontakt mit persönlichen Wichtigkeiten ebenso wie ein gering geübtes Selbst-als-Prozess-Verhalten und ein fragmentiertes und unsicheres Selbsterleben.

#### **Beispiel**

Unter dem Einfluss von kognitiver Fusion und Erlebnisvermeidung hatte auch unsere Patientin viele positive Verstärker aus den Augen verloren. Dies galt in besonderem Maße für Verhaltensweisen aus dem Bereich Freizeit und Erholung.

### **Impulsives Verhalten und Inaktivität**

Ohne klare Kriterien, was persönlich wichtig ist, sind zusammenhängende, auf längerfristige Ziele gerichtete und wertebezogene Verhaltensweisen nur schwer möglich. Stattdessen ist das Verhalten oft durch Impulsivität oder Inaktivität gekennzeichnet und wird von reduktionistischen Selbstbildannahmen, Erlebnisvermeidung sowie in Abhängigkeit von meist nur wenigen Regeln gesteuert. Dieses Verhalten hat dann nur noch wenig damit zu tun, was innerhalb und außerhalb der eigenen Haut geschieht. Deshalb wird es nicht selten als entfremdet erlebt, führt in depressionsfördernden Verstärkermangel und selbstschädigende Überforderung und hat nicht zuletzt häufig mehr oder weniger stark ausgeprägte Schwierigkeiten im sozialen Beziehungsverhalten zur Folge.

#### **Beispiel**

Bei unserer Patientin sah das so aus, dass sie überwiegend versuchte, die mit ihren Selbstannahmen verbundenen Gefühle und Angst vor Kritik durch Leistung und die Erfüllung der Erwartung anderer zu vermeiden. Sie machte kaum noch eigene Pläne in Richtung positiv verstärkender Aktivitäten.

## **2.4 Darstellung des Verfahrens**

ACT wurde in stetigem Wechsel zwischen experimenteller Grundlagenforschung und der soeben beschriebenen psychopathologischen Theorie mit den sechs zentralen Problemprozessen entwickelt. Es handelt sich um ein sehr flexibles Behandlungskonzept. Dabei entsprechen den sechs problematischen Prozessen sechs Behandlungskomponenten.

Die in diesem Beitrag gewählte Reihenfolge der Behandlungskomponenten hat in erster Linie didaktische Gründe und entspricht nicht notwendig einem realen Behandlungsverlauf. Vielmehr werden in der tatsächlichen Behandlung die Strategien je nach Therapiesituation gewechselt. Allerdings kann es für Gruppentherapien ebenso wie für beginnende ACT-Therapeuten durchaus nützlich sein, zunächst in einer bestimmten Reihenfolge vorzugehen und sich an einem selbst entwickelten oder von anderen übernommenen Manual zu orientieren. So fangen manche ACT-Therapeuten vorzugsweise mit der Wertekomponente an, während andere mit Akzeptanzarbeit beginnen. Ich selbst bin in meiner gemischten psychiatrischen Praxis, in der keineswegs alle Patienten mit Richtlinienpsychotherapie behandelt werden, sondern es oft auch zu kürzeren Therapiekontakten (15 bis 30 Minuten) kommt, dazu übergegangen, zunächst mit dem Training von Selbst-als-Prozess zu beginnen. Das möchte ich auch in diesem Beitrag tun.

### **Selbst-als-Prozess**

Ich könnte beispielsweise bereits in der ersten Sitzung mit der eingangs vorgestellten Patientin, nachdem sie ihre Beschwerden und Probleme geschildert hat, fragen: »Danke, dass Sie mir einiges davon erzählt haben, was Sie hierher geführt hat und was Ihnen zu schaffen macht. Darf ich Ihnen an diesem Punkt jetzt von mir aus eine Frage stellen?« – »Bitte sagen Sie mir, wie Sie sich jetzt gerade hier fühlen, während Sie mir das alles erzählen. Was taucht sonst noch auf, wenn Sie von Ihrer Müdigkeit sprechen, der vielen Arbeit oder wenn Sie mir quasi sagen, dass Sie sich als Versagerin fühlen? Welche Gefühle, Körperempfindungen und anderen Gedanken können Sie jetzt hier sonst noch beobachten?«

Mein Ziel bei dieser Fragestellung ist, das Beobachtungsverhalten der Patientin auf den Unterschied zwischen der Schilderung vergangener oder auch zukünftiger Ereignisse und dem Erleben im Hier und Jetzt zu lenken. Gleichzeitig möchte ich sie damit in Kontakt bringen, welche unmittelbaren Auswirkungen ihre Gedanken und Äußerungen haben. Auf diese Weise kann sie beispielsweise mit den aversiven Konsequenzen ihrer Grübelgedanken in Kontakt kommen, was möglicherweise eine (intrinsische) operante Bestrafung des Grübelns unterstützen könnte.

In diesem Sinne antwortete die Patientin: »Mir fällt das gar nicht mehr auf. Aber jetzt merke ich, wie mich dieses Erzählen im Grunde noch mehr runterzieht. Es macht mich traurig, müde, matt und nimmt mir jede Motivation, etwas zu tun.«

Im weiteren Verlauf lassen sich immer wieder kurze Interventionen einfügen, die die Selbstbewusstheit bzw. Selbst-als-Prozess fördern können. Diese können eher informell sein, wie gerade vorgestellt, oder auch eher formellen Charakter haben. Eine einfache Übung besteht beispielsweise darin, die Patientin anzuleiten, einfach nur ihren Atem zu beobachten. Im Anschluss daran frage ich die Patientin, was sie beobachtet hat und wir schauen uns gemeinsam ihre Beobachtungen an.

Die Möglichkeiten, personen- und situationsspezifisch passgenaue Übungen zu entwerfen, um Selbst-als-Prozess-Verhalten zu trainieren, sind unendlich. Man kann frei oder verankert beobachten, formell oder informell. Man kann sich auf Wahr-

nehmungen mit den sechs Sinnen konzentrieren, auf Körper- und Bewegungswahrnehmungen, Temperaturunterschiede am eigenen Körper oder bei äußeren Objekten. Man kann beim informellen Achtsam-Sein einen zeitlich sehr kleinen Rahmen wählen oder sich vornehmen, ein länger ausgedehntes Ereignis (wie eine Mahlzeit zu sich nehmen, mit dem Fahrrad fahren oder mit jemandem schmusen) achtsam zu erleben. Viele große und kleine Alltagsereignisse lassen sich als Teil des eigenen, sich fortwährend verändernden Erlebens beobachten.

### **Akzeptanz und Bereitwilligkeit**

Wenn wie bei der oben vorgestellten Patientin Emotionen bzw. die Vermeidung von schmerzhaften Gefühlen im Vordergrund stehen, wähle ich oft Akzeptanz und Bereitwilligkeit als nächste Strategie. Im Grunde wurde das schon durch die Achtsamkeitsübungen bzw. das Selbst-als-Prozess-Training vorbereitet, denn dabei ist die Patientin bereits mit unangenehmen Gefühlen in Kontakt gekommen und hat auch schon den Therapeuten als Modell dafür erlebt, dass das Sprechen über unangenehme Gefühle nicht vermieden wird, sondern dass wir auch unangenehmen und schmerzlichen Gefühlen mit Offenheit und ohne Bewertungen begegnen. Für die gezieltere Arbeit an Bereitwilligkeit und Akzeptanz ist es hilfreich, vier Punkte im Hinterkopf zu haben:

- (1) Definition eines vermiedenen Gefühls
- (2) Bestandsaufnahme des bisherigen Meideverhaltens
- (3) Kontrolle als Problem erleben
- (4) Bereitwilligkeit/Akzeptanz als alternative Möglichkeit

Der erste Schritt der Bereitwilligkeitsarbeit besteht darin, ein vermiedenes Gefühl zu identifizieren und ihm einen Namen zu geben. Häufig wird dies schon mit der Eingangsdiagnostik geleistet bzw. dort eingeleitet. Bei unserer Patientin waren zwei bedeutsame Gefühle eine tiefe Enttäuschung und ein Gefühl, nicht wichtig zu sein.

Der zweite Schritt besteht darin, all jene verschiedenen Verhaltensweisen zu erfassen, mit denen ein Patient versucht hat, die unerwünschten Gefühle (z. B. Enttäuschung oder das Gefühl, nicht wichtig zu sein) zu beseitigen und zu vermeiden. Als Ergebnis wird festgehalten, ob die Meideversuche tatsächlich erfolgreich waren. Dieser Schritt wird oft als Erzeugen »kreativer Hoffnungslosigkeit« bezeichnet. Auch im Fall unserer Patientin waren ihre durchaus beachtlichen Bemühungen hoffnungslos. Schlimmer noch, Enttäuschung und Nicht-wichtig-Sein waren nicht nur nicht weniger geworden, sondern sogar eher mehr. Kreativ ist diese Hoffnungslosigkeit insofern, als es diese Bestandsaufnahme den meisten Patienten erleichtert, von weiteren Meide- und Beseitigungsversuchen abzusehen und in eine andere Richtung zu schauen. Damit wird eine günstige Voraussetzung für das Annehmen der bisher vermiedenen Gefühle geschaffen.

Im dritten Schritt wird Kontrolle als Problem herausgearbeitet. Herausgearbeitet heißt, dass die Patientin die Paradoxie erlebnisbezogener Kontrolle tatsächlich erlebt und nicht nur rational einsieht. Diese Komponente umfasst auch wieder einen wichtigen Aspekt der Normalisierung, denn es wird betont, dass Versuche, unange-

nehme Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen kontrollieren zu wollen, völlig normal und in gewisser Weise sogar rational und logisch sind.

Schließlich stellt sich die Frage, was als Alternative für Vermeidungs- und Beseitigungsversuche infrage kommt und ob nicht Bereitwilligkeit und Akzeptanz eine solche Alternative sein könnten. Aber was bedeutet eigentlich Bereitwilligkeit? Um das zu verdeutlichen, verwende ich gern die Metapher vom Tauziehen.

### Beispiel

An die Patientin gewandt: »Darf ich Sie bitten, einmal aufzustehen und sich hier in einem Meter Abstand vor mich zu stellen.« Die Patientin stellt sich vor mich und ich werfe ihr ein Ende eines etwa zwei Meter langen Seiles zu. Frau X greift spontan danach. Das gibt mir Gelegenheit, einen ersten Punkt anzusprechen: »Was haben Sie gerade gemacht?«

»Ich habe das Seil aufgefangen.«

»Das war ganz automatisch, nicht wahr?« frage ich.

»Ja, völlig automatisch. Wie ein Reflex.« antwortet die Patientin und sieht mich ein wenig verwundert an.

»Nun stellen Sie sich vor, dieses Seil und ich sind Ihre Enttäuschung. Indem Sie dieses Gefühl loswerden wollen, kämpfen Sie mit ihm.«

Ich fange an, an dem Seil zu ziehen und rede weiter: »Lassen Sie uns alles, worüber wir bisher gesprochen haben und was Sie getan haben, um dieses Grundgefühl der Enttäuschung loswerden zu wollen, als einen Kampf, ein Tauziehen mit diesem Gefühl auffassen. Das erste, was Sie getan haben, ist das Normalste auf der Welt: Das Gefühl taucht auf und Sie greifen danach. Sie brauchen nicht einmal darüber nachzudenken; in dem Moment, wo ein unangenehmes Gefühl hochkommt, fangen wir an, uns damit zu befassen. Ganz automatisch. Was passiert als nächstes?«

Ich ziehe weiter an dem Seil. Die Patientin hält nach Kräften dagegen. »Was tun Sie da?« frage ich.

»Ich ziehe an dem Seil.«

»Wozu?«

»Ein Tauziehen muss man doch gewinnen. Ich will Sie schlagen, damit ich Sie loswerde.« antwortet die Patientin und zieht weiter kräftig an dem Seil.

Als nächstes leite ich die Patientin an, auf die Auswirkungen des Tauziehens zu achten: »Wie ist das? Anstrengend? Was können Sie noch machen? Worauf richtet sich Ihr Blick? Was ist, wenn Sie ganz stark ziehen, stärker als ich?«

Kräftig ziehend stöhnt die Patientin: »Uh, ganz schön anstrengend. Etwas anderes kann ich jetzt kaum noch machen. Ich bin ganz mit Ihnen, mit diesem Gefühl der Enttäuschung beschäftigt. Und wenn ich ganz stark ziehe, kommen Sie nur noch näher.«

»Was können Sie vielleicht doch noch anderes tun, als mit dem Gefühl zu kämpfen?« frage ich.