

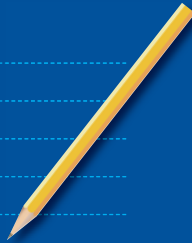
Wengenroth

THERAPIE-TOOLS     

2. Auflage

Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

 E-BOOK INSIDE 
ARBEITSMATERIAL



BELTZ

Leseprobe aus: Wengenroth,
Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)
ISBN 978-3-621-28544-5 © 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28544-5>

KAPITEL 1 /

Akzeptanz und Bereitschaft

1.1 Hintergrund

Die Kontrollagenda der Patienten

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 angstauslösenden 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, Ü. d. A.). 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 dem Arbeitsblatt 6 »Wenn die Gedanken und Gefühle zurückschießen«). In der ACT-Sprache wird dabei unterschieden zwischen »saubere« 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 (»feelgoodism«). 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 Indianer kennt keinen Schmerz«).
- ▶ 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, Ü. d. A.)

- ▶ »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, Ü. d. A.). 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 veränderbare 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, Ü. d. A.) 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 Ak-

tivitäten anbietet, die es dem Patienten ermöglichen, die Wahl zu treffen, schwierige Gedanken, Gefühle, Empfindungen etc. zuzulassen« (Luoma et al., 2007, S. 25, Ü. d. A.). 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 wertorientierten Leben behindern« (Purssey, 2014, S. 141, Ü. d. A.).

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, Ü. d. A.)

- ▶ »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.«

1.2 Arbeitsmaterialien zu Akzeptanz und Bereitschaft




- ▶ Die Übung *Was ist los mit mir?* (AB 1) zielt darauf ab, Ursachenerklärungen, die ein Sich-Einlassen des Patienten auf die Therapie erschweren könnten, aufzuspüren. Gleichzeitig bietet sie eine erste Gelegenheit zur Arbeit an problem-aufrechterhaltenden Kognitionen im Sinne des Defusionskonzepts: Unterschiedliche Erklärungsmuster werden zunächst einfach gesammelt. Anstatt sie dann auf ihren absoluten »Wahrheitsgehalt« hin zu überprüfen, wird auf die Möglichkeit hingewiesen, dass man von Erklärungen, die man im Kopf hat, überzeugt sein kann oder nicht, und

dass dies – nicht die Kognitionen an sich, aber das Fusioniertsein mit ihnen – emotionale und verhaltensbezogene Folgen haben kann. Wenn die Übung nicht zu Anfang der Therapie eingesetzt wird, sondern zu einem späteren Zeitpunkt (etwa im Zusammenhang mit dem Einüben von Defusionstechniken), kann dieser Aspekt vertieft werden, etwa indem unterschiedliche Störungsmodelle des Patienten explizit auf ihre Dienlichkeit hin untersucht werden.

- ▶ *Die Geschichte vom Menschlein in der Grube* (AB 2) ist eine der bekanntesten ACT-Metaphern. 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).
- ▶ In der Übung *Der Eine-Million-Euro-Test und der Schlangenkäfig* (AB 3) wird zum einen auf die in der ACT-Literatur häufig zitierten Ergebnisse zur *Gedankenunterdrückung* rekurriert und zum anderen die Lügendetektor-Metapher (Hayes et al., 2012) vorgestellt.
- ▶ Die Übung *Wenn die Gedanken und Gefühle zurückschießen* (AB 4) greift denselben Gedanken noch einmal auf, liefert weitere Beispiele und führt die Begriffe »sauberes« und »schmutziges« Leid ein. Der Patient erhält außerdem Gelegenheit, über eigene Erfahrungen mit der paradoxen Wirkung von erlebnisbezogenen Kontrollstrategien zu reflektieren.
- ▶ Eine sehr anschauliche Metapher für das »Zurückschießen« unterdrückter Erlebnisinhalte liefert *Die Geschichte vom hungrigen, kleinen Löwen* (AB 5). Anhand der Metapher aus Eifert und Forsyth (2005) und der angeschlossenen Fragen lässt sich besonders gut ein Modell von langanhaltenden, sich langsam aufbauenden, negativ verstärkten problematischen Verhaltensgewohnheiten entwerfen, etwa von Ritualen bei Patienten mit einer Zwangsstörung. Außerdem wird dem Patienten eine Frage gestellt, die ihn bereits dazu bringen kann, die Möglichkeit von Akzeptanz (»den Löwen fauchen lassen«) als Alternative zur Kontrolle (»ihn füttern«) in Betracht zu ziehen.
- ▶ *Die Regel von Professor Hayes* (AB 6) bringt das bislang Erarbeitete noch einmal zusammenfassend auf den Punkt und verweist auf den wichtigen Unterschied zwischen »inneren« und »äußeren« Ereignissen hinsichtlich ihrer Kontrollierbarkeit: Zumindest ein Teil der Dinge, die um uns herum geschehen, sind prinzipiell beherrschbar und entsprechende Bemühungen können sehr lohnenswert sein – die Kontrollierbarkeit des inneren Erlebens ist hingegen beschränkt und das Bemühen um Kontrolle hier häufig problematisch.
- ▶ Die Übung *Innere Reaktionen sind auf Dauer nicht in den Griff zu bekommen, trotzdem versuchen wir es immer wieder – wieso eigentlich?* (AB 7; angelehnt an Hayes & Smith, 2005) ist besonders für Patienten hilfreich, die dazu neigen, mit Gedanken an die eigene Unzulänglichkeit zu fusionieren.
- ▶ Um erlebniskontrollierende Strategien aufzugeben, braucht es ein Kriterium, anhand dessen diese Strategien bewertet werden können – und das entscheidende Kriterium zur Bewertung einer Strategie ist, ob sie den Zweck erfüllt, zu dem sie eingesetzt wird, ihre Dienlichkeit. Insbesondere dann, wenn ein Patient sehr viel investiert hat, um unliebsames Erleben loszuwerden, oder stark mit den Regeln des »Feelgoodism« fusioniert ist, kann es hilfreich sein, explizit auf das Kriterium der Dienlichkeit seiner Strategien zu verweisen. Nicht selten kommt es vor, dass Patienten ihre Kontrollstrategien oder zumindest das *Ziel* der Kontrolle verteidigen. Dann ist es wenig hilfreich, mit ihnen zu diskutieren und sie von der Vergeblichkeit ihrer Kontrollagenda überzeugen zu wollen. Sie sollen uns nicht glauben, wenn wir sagen, dass Kontrollbemühungen die Sache nicht besser, sondern womöglich schlimmer machen, sondern sollen ihre eigenen Erfahrungen entsprechend überprüfen. Die Hervorhebung des Dienlichkeitskriteriums vermeidet fruchtlose und theoretische Diskussion darüber, wer Recht hat – Patient oder Therapeut –, und holt beide wieder auf die Ebene der konkreten Erfahrungen des Patienten zurück. *Die alles entscheidende Frage: Funktioniert es oder funktioniert es nicht?* (AB 8) hilft dem Patienten, die Dienlichkeit (*workability*) von Regeln in den Blick zu nehmen, also die tatsächlichen Konsequenzen, die das Befolgen der Regeln – in diesem Fall der Regeln über den Umgang mit schwierigen Erlebnisweisen – hat.
- ▶ Die Übung *Es hört sich gut an – aber funktioniert es auch?* (AB 9) fordert den Patienten nicht nur auf, sich seine erlebnisvermeidenden Strategien bewusst zu machen und sie dann auf ihre Brauchbarkeit hin zu untersuchen, sondern ermöglicht durch die Anweisung, den eigenen Verstand einmal wie eine andere Person zu behandeln – einen

Berater, der wohlklingende Ratschläge von sich gibt – eine Lösung aus der Fusion mit den Ergebnissen der »Programmierung«, den gelernten Regeln. Es ist also nicht nur eine akzeptanzfördernde Übung, sondern auch eine Übung zur Defusion.

- ▶ Wenn Kontrolle nicht funktioniert, mag Akzeptanz als Alternative sehr nahe liegen und manche Patienten benötigen tatsächlich nicht viel Unterstützung dabei, diesen Schluss zu ziehen, insbesondere Patienten, die nur eine (auf wenige Reaktionen bzw. Situationen) begrenzte Kontrollagenda haben, und zumindest teilweise Erfahrung mit den positiven Folgen von Akzeptanz und Bereitschaft machen. Aber auch hier kann es sehr hilfreich sein, die Alternative zur Erlebniskontrolle explizit zu benennen und zu beschreiben, was mit Akzeptanz im Sinne von ACT gemeint ist und was nicht. Die *Monster-am-Wegrand-Metapher* (AB 10) verweist noch einmal auf die Vergänglichkeit des Bemühens um Kontrolle sowie auf Kosten dieses Bemühens und liefert in der Alternative, das Monster mitzunehmen, eine anschauliche Beschreibung von Bereitschaft.
- ▶ Mit der Übung *Gefühls- und Bereitschaftsregler* (AB 11; angelehnt an Hayes et al., 2012) wird der Zusammenhang zwischen Bereitschaft und dem inneren Erleben explizit gemacht. Ein wesentlicher Punkt ist, dass Akzeptanz und Bereitschaft zwar nicht verhindern, dass schwierige Gefühle auftreten – und sich somit auch nicht als besonders raffinierte Strategie zur Erlebnisvermeidung eignen –, jedoch einen »natürlichen« Verlauf emotionaler Reaktionen ermöglichen. Hervorgehoben wird auch ein wesentliches Merkmal von Bereitschaft, nämlich dass es sich um eine *Wahl* handelt: Ob wir *bereit* sind, zu fühlen, was wir fühlen, ist etwas, worüber wir Kontrolle haben. Über *das, was wir fühlen*, haben wir keine.
- ▶ Die Metaphern und das Gedicht aus der Übung *Bereitschaft – was sie ist und was nicht* (AB 12) eignen sich vielleicht besonders gut für Patienten mit einer »poetischen Ader«. Wenn der Patient sich zu einer eigenen Beschreibung inspiriert fühlt (und sich das Konzept auf diese Weise noch mehr zu eigen macht), ermöglicht dies dem Therapeuten zu sehen, inwieweit er bereits aktiv mit dem Konzept umgehen kann.
- ▶ Das Informationsblatt *FAQs zu Akzeptanz und Bereitschaft* (AB 13; angelehnt an Harris, 2007) kann dem Patienten zur Vertiefung mitgegeben werden, nachdem in der Sitzung über Akzeptanz und Bereitschaft gesprochen wurde, eignet sich aber auch zur »Auffrischung« in einer späteren Phase der Therapie.
- ▶ Die Übungen *Aus einem Aber ein Und machen* (AB 14; angelehnt an Hayes et al., 2012) und *Die Ich-kann-nicht-Mauer ...* (AB 15) verändern sprachliche Gewohnheiten und stärken auf diese Weise die Fähigkeit, inneren Reaktionen mit Akzeptanz und Bereitschaft zu begegnen. Sie sind natürlich besonders für Patienten geeignet, die häufig in die entsprechende Sprachfalle tappen.
- ▶ Könnte ein Verständnis dafür gefördert werden, dass es eine Alternative zu einem kontrollierenden Umgang mit schwierigem Erleben gibt, gilt es, den Patienten in Kontakt mit den negativen Auswirkungen zu bringen, die ein Mangel an Bereitschaft auf sein Leben hat, sowie mit den Möglichkeiten, die sich durch die Wahl eröffnen, Gedanken und Gefühlen akzeptierend zu begegnen. An diesem Punkt kann es zum Auftreten von wenig hilfreichen Selbstbeschuldigungen in Bezug auf den bisherigen Umgang mit Gedanken und Gefühlen kommen. In diesem Fall ist es wichtig, auf die Faktoren zu verweisen, die den Patienten dazu gebracht haben, Erlebniskontrollstrategien einzusetzen, insbesondere seine persönliche Lerngeschichte sowie die relevanten kulturellen Botschaften. Dies kann beispielsweise durch einen Verweis auf die Metapher vom Menschen in der Grube (s. o.) geschehen: Wer nichts anderes bekommen hat als eine Schaufel, der schaufelt, auch wenn er in einer Grube sitzt. Auch eine gezielte Selbstoffenbarung des Therapeuten, in der dieser dem Patienten einen eigenen Kampf mit innerem Erleben zugänglich macht, ist eine gute Möglichkeit. Die Übung *Schmerzhafte Erlebnisse und die Folgen – mit und ohne Bereitschaft* (AB 16; angelehnt an Wilson & Luciano, 2002) verdeutlicht dem Patienten anhand einiger konkreter Beispiele, wie positiv sich eine hohe Bereitschaft auf das weitere Leben eines Menschen nach schwierigen Ereignissen auswirken kann.
- ▶ Auch die Übung *Wie das Leid Kreise zieht* (AB 17) dient dazu, den Patienten mit den Kosten der Anwendung erlebnisvermeidender Strategien in Kontakt zu bringen: Bemühungen, »sauberes Leid« in den Griff zu bekommen, ziehen »schmutziges Leid« nach sich (Hayes et al., 2012). Wenn darauf erneut mit Kontrollversuchen reagiert wird, dehnt sich das Leid immer weiter aus – zieht Kreise.

- ▶ Die Übung *Natürliches Leid und Vermeidungsleid* (AB 18) greift die Unterscheidung zwischen »sauberem« und »schmutzigem« Leid erneut auf und verdeutlicht sie anhand der Nacherzählung einer kleinen Geschichte aus Forsyth und Eifert (2007).
- ▶ Die Übung *Wenn die Bereitschaft fehlt ...* (AB 19) ermöglicht dem Patienten, mit den Auswirkungen mangelnder Bereitschaft in Vergangenheit und Gegenwart in Kontakt zu kommen sowie mit den Folgen, die es in Zukunft für ihn haben könnte, mit schwierigen Gefühlen und Gedanken auf nicht akzeptierende Weise umzugehen.
- ▶ Eine ähnliche Wirkung will die Übung *Nur die schönen Steine?* erzielen (AB 20, die Metapher stammt von Nuno Ferreira, beschrieben in Stoddard und Fari, 2014). Hier wird nicht nur die Frage nach den Kosten von Vermeidung und Erlebniskontrolle, sondern explizit auch die nach einem möglichen Nutzen von Akzeptanz und Bereitschaft – mehr Platz im »Lebenshaus« – gestellt.
- ▶ Die Übung *Was liegt in meiner Macht – und was nicht?* (AB 21; angelehnt an Eifert et al., 2006) unterstützt den Patienten darin, zu erkennen, welche Bereiche seines Lebens sich prinzipiell seiner Macht entziehen. Zu lernen, zutreffend zwischen prinzipiell kontrollierbaren und unkontrollierbaren Aspekten der äußeren und inneren Lebenssituation zu unterscheiden, ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, zum Scheitern verurteilte Kontrollversuche aufzugeben und Veränderungs- und Gestaltungsbemühungen auf Bereiche zu richten, in denen diese Aussicht auf Erfolg haben.
- ▶ Mithilfe des Fragenbogens *Es sieht aus wie Bereitschaft ...* (AB 22; angelehnt an Follette & Pistorello, 2007) lassen sich versteckte Hinweise auf eine geringe Bereitschaft auf unterschiedlichen Ebenen deutlich machen. Dabei kann es wichtig sein, hervorzuheben, dass es nicht darum geht, Patienten bei einem Selbstbetrug zu »erwischen«, sondern darum, achtsamer in Bezug auf die erlebniskontrollierenden Strategien des Verstandes zu werden. Hilfreich kann ein Verweis auf die lange und intensiv geübten erlebnisvermeidenden Denk- und Handlungsmuster sein: Erlebniskontrolle ist uns so sehr »in Fleisch und Blut übergegangen«, dass wir üben müssen, sie zu erkennen, wenn wir etwas verändern wollen.
- ▶ Die Übung *Akzeptieren – aber was?* (AB 23; angelehnt an Hayes & Smith, 2005) ermöglicht dem Patienten, für sich zu klären, welchen schwierigen Erlebnisweisen er mit Bereitschaft begegnen muss, damit sich in seinem Leben etwas zum Positiven verändern kann.
- ▶ Ein drastisches Bild für Bemühungen um Erlebniskontrolle ist das eines Krieges gegen das eigene Erleben und damit gegen sich selbst. Um diesen Krieg zu beenden, müssen wir Frieden schließen mit den bekämpften Erlebnisweisen. Patienten, die auf diese Metapher von Krieg und Frieden positiv reagieren, kann man vorschlagen, einen *Friedensvertrag* (AB 24) aufzusetzen, in dem sie festhalten, welche ihrer inneren Regungen (schwierige Gedanken und Gefühle) sie nicht mehr bekämpfen werden und wie sie stattdessen mit ihnen umgehen wollen (akzeptierend, mit freundlicher Selbsteteiligung, unter Rückgriff auf innere oder äußere Ressourcen etc.). Auch mit Impulsen, die zu nicht wertekonformem Verhalten (z. B. zu Aggressionen oder zum Konsum von Suchtmitteln) drängen, kann auf diese Weise Frieden geschlossen werden.
- ▶  *Nein oder Ja zu Ihrem Inneren* (AB 25) ist besonders für Patienten geeignet, die Erfahrungen mit meditativen Techniken haben oder zumindest eine gewisse Aufgeschlossenheit solchen Vorgehensweisen gegenüber mitbringen.
- ▶ Die Übung *Therapeutisches Schreiben* (AB 26; angelehnt an Wilson & Luciano, 2002) ermöglicht dem Patienten, sich mit schwierigen Inhalten zu befassen, indem Erinnerungen und Befürchtungen exploriert und in Worte gefasst werden.
- ▶  Die meditative Übung *Gefühlen Raum geben* (AB 27) hilft dem Patienten, eine beobachtende, nicht fusionierte und akzeptierende Haltung dem eigenen emotionalen Erleben gegenüber einzunehmen.
- ▶  *Das Monster auseinandernehmen* (AB 28; angelehnt an Hayes et al., 2012) ist eine ähnlich geartete Übung, die eine Konfrontation mit einzelnen Komponenten schwieriger emotionaler Reaktionen ermöglicht.
- ▶ Die Aufforderung zur Akzeptanz schmerzhaften Erlebens kann geradezu grausam sein, wenn sie nicht von Mitgefühl begleitet ist. Patienten brauchen unser Mitgefühl und das Mitgefühl anderer Menschen, müssen aber oft auch lernen, freundlicher und mitfühlender mit sich selbst umzugehen. Die Übung *Sich selbst trösten* (AB 29) soll sie dabei unterstützen.

- ▶ *Das Auftreten schwieriger Gefühle ...* (AB 30) soll den Patienten unterstützen, einen akzeptierenden Umgang mit schwierigen Erlebnisweisen in seinem Alltag zu üben. Hier geht es noch nicht um Exposition in dem Sinne, dass der Patient bewusst Situationen aufsucht oder herstellt, die schwieriges Erleben provozieren, sondern um das Nutzen von sich spontan ergebenden Gelegenheiten, Bereitschaft zu üben.
- ▶ Mithilfe des *Bereitschaftstagebuches* (AB 31) kann der Patient Buch führen über seine Erfahrungen mit einem akzeptierenden versus kontrollierenden Umgang mit schwierigen Erlebnisweisen.
- ▶ *Die Komfortzone verlassen* (AB 32) leitet den Patienten an, sich gezielt und ggf. gestuft schwierigen Situationen zu exponieren, ohne gegen die dabei auftretenden Gedanken und Gefühle anzukämpfen. Derartige Expositionsübungen können je nach Problematik des Patienten über einen längeren Zeitraum das Geschehen in der Therapie bestimmen. Damit der Patient die Bereitschaft aufbringt, sich zu exponieren, und von den Übungen auch profitieren kann, muss er in der Lage sein, aus der Fusion mit schwierigen Gedanken herauszutreten, sich im gegenwärtigen Moment zu verankern sowie inneres Erleben aus der Position des Beobachter-Ichs zu betrachten. Sollten diese Fähigkeiten nicht gegeben sein, sollten sie vorher eingeübt werden.
- ▶ *Das Pendeln zwischen Nein und Es-ist-wie-es-ist* (AB 33) ermöglicht Patienten (insbesondere solchen, die zögern, ihre Kontrollagenda aufzugeben), in ihrem Alltag mit Bereitschaft und Akzeptanz experimentieren und zu schauen, welche Auswirkungen Kontrolle versus Bereitschaft auf ihr Leben hat.

Was ist los mit mir?

Was fällt Ihnen zu der Frage ein, wieso Sie sich um professionelle Hilfe bemühen? Was ist mit Ihnen los, was ist der Grund dafür, dass Sie die Probleme haben, die Sie haben? Und was denken Sie, was möglicherweise in den Augen anderer der Grund dafür sein könnte, dass Sie einen Therapeuten oder Berater aufgesucht haben oder in einer Klinik behandelt werden? Machen Sie eine kleine Sammlung möglicher Ursachen, die Sie selbst oder andere dafür angeben könnten, dass Sie jetzt da stehen, wo Sie stehen und eine Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen. Es kommt dabei nicht so sehr darauf an, ob diese Ursachen wirklich stimmen (wer weiß das schon?), sondern vielmehr darauf, ob sie in Ihrem Kopf – oder in den Köpfen anderer – »herumschwirren«.



Meine Probleme habe ich, ...

weil ich ...

weil ich ...

weil ich ...

weil ich ...

weil ich ...

weil ich ...

AB 1 /



Was ist los mit mir?

2/2



Es gibt sehr unterschiedliche Vorstellungen davon, aus welchen Gründen Menschen in eine Situation geraten, in der sie professionelle Hilfe benötigen. Sowohl viele Laien als auch manche Experten sehen die Ursache in unveränderlichen oder schicksalhaften Merkmalen der Betroffenen. Demzufolge hätten Sie die Probleme, die Sie haben, weil Sie so sind, wie Sie sind. Sind unter den Ursachen, die Sie genannt haben, solche, die dieser Kategorie zuzuordnen sind? Vielleicht haben Sie z. B. Dinge geschrieben wie: weil ich krank bin, weil ich gestört bin, weil man mich kaputt gemacht hat, weil mit meinem Gehirn was nicht stimmt, weil ich schwach bin, weil ich nicht normal bin, weil ich so und so »strukturiert« bin usw. Stehen solche »Seins-Ursachen« auf Ihrer Liste? Und sind Sie manchmal oder immer von der Richtigkeit einer solchen Ursache überzeugt? *Glauben* Sie, dass Sie krank/gestört/verrückt/unnormal/kaputt usw. sind? Und wenn ja, welche Auswirkungen hat der Glaube an eine solche Ursache auf Sie und die Art und Weise, wie Sie mit Ihren Problemen umgehen oder darauf, wie Sie sonst Ihr Leben leben?



Wenn ich an solche Seins-Ursachen glaube, dann ...



Der Glaube daran, kaputt, krank, verrückt, unnormal usw. zu sein, kann unterschiedliche Auswirkungen haben, manche davon sind ziemlich negativ. Angenommen, nur einmal angenommen, Ihre Probleme und die Tatsache, dass Sie Hilfe in Anspruch nehmen, hätten nichts damit zu tun, dass Sie so sind, wie Sie sind? Was wäre, wenn es vielmehr daran läge, was Sie *tun*? Und wenn das, was Sie tun, alles andere als krank, verrückt oder unnormal wäre, sondern in gewisser Weise durchaus logisch, naheliegend und allgemeinen Vorstellungen entsprechend, wie sie in unserer Kultur vorherrschen? Trotzdem funktioniert es irgendwie nicht. Angenommen, nur einmal angenommen, dies wäre der Fall, wären Sie dann neugierig zu erfahren, wieso es nicht funktioniert, was Sie tun, und was die Alternative dazu wäre?