

AKZEPTANZ- UND COMMITMENT-THERAPIE Ein Beitrag zur dritten Welle der Verhaltenstherapie ¹

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY. A CONTRIBUTION TO THE THIRD WAVE OF BEHAVIOR THERAPY

Rainer F. Sonntag

Zusammenfassung

Hintergrund: In den letzten Jahren hat die Verhaltenstherapie eine Reihe von Erweiterungen erfahren, die manche nach der kognitiven Wende in den 60er und 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts nun von einer dritten Welle der Verhaltenstherapie sprechen lassen. Die neuen Therapiekomponenten gründen sich auf Phänomene, die bisher von der wissenschaftlichen Psychologie nur schwer konzeptualisiert werden konnten, wie Achtsamkeit, Akzeptanz, Distanzierung von sprachlichen Inhalten sowie Spiritualität und ein transzendentes Selbsterleben.

Ziel: Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, als ganzes Wort gesprochen) als einen paradigmatischen Behandlungsansatz der dritten Welle der Verhaltenstherapie darzustellen.

Methoden: Ausgehend von der psychischen Störungen oft innewohnenden Erstarrung des Verhaltens wird die Entwicklung der Verhaltenstherapie als eine Folge dreier Wellen konzipiert. Daran anschließend werden die theoretischen und praxeologischen Grundlagen von ACT beschrieben. Die philosophischen Annahmen werden nur gestreift.

Ergebnisse: ACT basiert auf einer sorgfältig ausgearbeiteten funktionalen Analyse menschlicher Sprache und Kognition, der Relational Frame Theory (RFT), die einen einheitlichen Rahmen für eine Vielzahl therapeutischer Techniken bietet. Die RFT erklärt die Inflexibilität des Verhaltens bei psychischen Störungen mit weit verbreiteten Kontextvariablen wie kognitiver Fusion, Bewertung, Erlebnisvermeidung und Begründung, welche in ACT direkt angegangen werden. Dem ACT-Modell zufolge fungieren unerwünschte innere Erlebnisse als Hindernisse einer engagierten Lebensweise, indem sie das Handeln auf Strategien der Erlebnisvermeidung hin- und von der Verfolgung wertebasierter Ziele ablenken. ACT zielt nicht auf eine Veränderung behindernder kognitiver und emotionaler Inhalte ab, sondern auf die Veränderung jener sprachbasierten Kontextbedingungen, welche die handlungssteuernde Wirkung innerer Erlebnisse bestimmen. Die therapeutischen Maßnahmen stehen im Dienst existenzieller Werte und Lebensziele, die dem Leben des Patienten und damit auch den therapeutischen Bemühungen Richtung und Würde geben. Dazu gehört als übergeordnetes Ziel die Verbesserung psychologischer Flexibilität einschließlich der Fähigkeit zu unterscheiden, wann im Leben direkte Veränderungs Bemühungen und

engagiertes Handeln und wann psychologisches Akzeptieren angebracht sind.

Ausblick: ACT hat wie andere Verfahren der dritten Welle auch bereits in einer Reihe von Studien den Nachweis der klinischen Wirkung erbracht. Ein besonderes Merkmal kann darin gesehen werden, dass es sich um einen Behandlungsansatz handelt, in dem sich experimentelle Grundlagenforschung im Kontext eines kohärenten wissenschaftsphilosophischen und anthropologischen Standortes mit der Reichhaltigkeit klinischer Erfahrung verbinden.

Schlüsselwörter

Akzeptanz- und Commitment-Therapie – Erlebnisvermeidung – Achtsamkeit - kognitive Defusion - Werte

Summary

Background: For some years behavior therapy has experienced a set of extensions so that some people speak of a third wave of behavior therapy following the cognitive turn in the sixties and seventies of the previous century. The new components of treatment are based on phenomena that scientific psychology has had difficulties to conceptualise like mindfulness, acceptance, distancing from verbal content, spirituality and a transcendent sense of self.

Purpose: This article aims at presenting Acceptance and Commitment Therapy as a paradigmatic treatment approach within the third wave of behavior therapy.

Method: Starting with the problem of behavioral rigidity that often accompanies mental disorders the development of behavior therapy is conceptualised as a succession of three waves. Then the theoretical and practical foundations of ACT are described. The philosophical assumptions are only touched upon.

Results: ACT is based on an elaborate functional analysis of human language and cognition, Relational Frame Theory (RFT), that provides an integrating framework for diverse therapeutic techniques. RFT explains the behavioral inflexibility of mental disorders through ubiquitous context variables like cognitive fusion, evaluation, emotional avoidance, and reason giving which are targeted directly in ACT. According to the ACT model unwanted inner experiences function as obstacles to a committed way of life distracting action towards strategies of emotional avoidance and away

¹ Ich danke Herrn Dr. phil. Heinz Liebeck für wertvolle Hinweise zum Manuskript

from working towards valued life goals. ACT does not attempt to change debilitating cognitive and emotional content but those language-based contextual conditions that determine the action governing effects of inner experiences. Therapeutic interventions serve existential values and life goals which direct and dignify treatment. That includes enhancing psychological flexibility as an overarching goal as well as the ability to distinguish when life affords either direct change efforts and committed action or psychological acceptance.

Prospect: Like other third wave approaches ACT has demonstrated clinical efficacy in several studies. A special characteristic of ACT is that it integrates experimental basic research in the context of a coherent epistemological and anthropological viewpoint with the richness of clinical experience.

Keywords acceptance and commitment therapy - emotional avoidance – mindfulness -cognitive defusion - values

Einleitung

Warum sind manche Patienten so enorm veränderungsresistent? Hand aufs Herz, haben Sie sich schon einmal in einer Therapie mit einem Patienten oder einer Patientin festgefahren? So dass anscheinend nichts mehr fruchtet? Sie haben positive Ziele formuliert, und der Patient hat gesagt, wie er sich sein Leben vorstellt, wenn nur seine Beschwerden endlich weg seien. Sie haben Exposition gemacht und kognitiv umstrukturiert. Sie haben ein Programm zur Aktivierung positiven Verhaltens ausprobiert und mit euthymen Strategien „am Symptom vorbei“ gearbeitet. Sie haben dem Patienten vorgeschlagen, sich ein Medikament verordnen zu lassen, oder haben es selbst verordnet; doch auch nach mehrfachem Wechsel der Medikamente hat sich nichts wesentlich verändert. Ihr Patient war in stationärer psychiatrischer Behandlung, hat zweimal eine psychosomatische Rehabilitation mitgemacht (erst verhaltenstherapeutisch, dann psychoanalytisch), und nachdem es ihm nach der Entlassung jeweils für kurze Zeit besser ging, standen die alten Probleme bald unverändert wieder auf der Tagesordnung. Kennen Sie das? Sie denken, dass Sie alles getan haben, um dem Patienten zu helfen, damit es ihm besser gehen möge. Und der Patient war nicht einmal unmotiviert. Er hat ebenfalls alles getan, um eine Besserung seiner Beschwerden und eine Lösung seiner Probleme zu erreichen. – Ohne Erfolg.

Schließlich haben Sie begonnen zu denken: „Es hat alles keinen Zweck“, „Das ist ein hoffnungsloser Fall“, „Hier komme ich an meine Grenzen“, und Sie haben den Patienten an einen Kollegen überwiesen, der mit einem anderen Psychotherapieverfahren arbeitet als Sie, nur um von diesem nach einiger Zeit (vielleicht mit einem kleinen bisschen Erleichterung?) zu erfahren, dass er auch nicht weiterweiß. Und so denken Sie jetzt beide: „Es gibt halt Patienten, denen wir nicht helfen können,“ und suchen vielleicht widerwillig Trost bei biologischen oder anderen Theorien, mit denen sich die Irreversibilität psychischer Störungen erklären lässt – Gene etwa oder frühe Störungen. Der Patient muss halt lernen, mit seiner Störung zu leben und sein Leben der Störung anzupassen. Das gibt's ja sonst auch in der Medizin. Denken wir nur an Menschen mit Epilepsie, Schizophrenie, Diabetes oder Rheuma!

Solche Patienten sind keine Fiktion. Ich habe sie nicht erfunden, um einen dramatischen Aufhänger für diesen Aufsatz zu haben. Solche Patienten sind Realität. Kürzlich begutachtete ich eine Patientin für die Rentenversicherung, die mir genau so eine Anamnese schilderte. Ihr letzter Psychotherapeut hatte die Behandlung nach 25 Sitzungen – genervt, wie die Patientin schilderte – mit den Worten beendet, dass man manchen

Patienten eben nicht helfen könnte und dass sie nach den vielen Therapien jetzt einmal selbst sehen müsste, mit ihrem Leben klarzukommen. Und im Entlassungsbericht eines Patienten, der in einer renommierten psychosomatischen Fachklinik war, hieß es resigniert: „Im Rahmen der Behandlung ist es nicht gelungen, zu einem verbesserten Selbstwerterleben durch kognitive Umstrukturierungsmaßnahmen zu kommen. Zu beobachten blieb eher ein weiteres Haften an der Konfliktsituation und der sich darauf entwickelnden Kränkung. Es ist nicht gelungen, eine Veränderungsmotivation aufzubauen . . . Bei deutlich eingeschränkten kognitiven Funktionen (Durchhaltevermögen, Konzentration), oben genannten Funktionsstörungen sowie unter Berücksichtigung persönlichkeitsstrukturell verankerter Defizite (soziale Kompetenz) ist das Leistungsvermögen aufgehoben. Es wird dringend eine stützende ambulante Verhaltenstherapie empfohlen . . . Die Prognose ist ungünstig . . .“

Warum sind manche Patienten so enorm veränderungsresistent? Was lässt sie psychisch erstarren und selbst um den Preis enormen seelischen Leidens so unflexibel werden? Dieser Frage möchte ich mich im nächsten Abschnitt zuwenden und dazu einige Befunde aus der psychologischen Forschung beispielhaft vorstellen. Es gibt einige interessante Antworten auf die eingangs gestellte Frage. Doch wenn wir diese Erklärungen genau betrachten, werden wir feststellen, dass wir die Kette der Zusammenhänge nur ein Glied weiter verfolgt haben. Es taucht sofort die Frage auf, was die Erklärungen erklärt. Bevor ich mich diesem Problem widme, möchte ich in gebotener Kürze die Entwicklung der Verhaltenstherapie (VT) als eine Folge dreier Wellen skizzieren. Die dritte Welle wird uns zu den theoretischen Grundlagen der Akzeptanz- und Commitment-Therapie („ACT“ – bitte als ganzes Wort gesprochen und nicht als einzelne Buchstaben) führen. Im darauf folgenden Abschnitt werde ich einige Einblicke in die klinische Praxis von ACT geben. Abschließen möchte ich mit einer kurzen Übersicht zur empirischen Therapieforschung und einigen persönlichen Bemerkungen zur Anwendung in meiner eigenen versorgungspsychiatrischen Arbeit in einer niedergelassenen Praxis.

Psychische Erstarrung

Persönlichkeitsstörungen und auch psychische Störungen im engeren Sinne lassen sich als pathologische Verhaltensstabilität bzw. Erstarrung des Verhaltens auffassen. Patienten haben immer wieder dieselben Situationen vermieden, sich bei Konflikten immer wieder zurückgezogen, immer wieder erbrochen, geraucht und getrunken; sie haben sich immer

wieder Sorgen gemacht, obwohl nie etwas Ernstes passiert ist; sie haben sich immer wieder zu impulsiven Handlungen hinreißen lassen oder immer wieder so lange gezögert, bis eine Chance vertan war; oder sie haben immer wieder Partner gewählt, mit denen sie nicht zurechtkamen und von denen sie immer wieder ausgenutzt und verletzt wurden. Nicht selten haben sie all dies immer wieder mit dem Wissen getan, wie schädlich es für sie und ihr Leben ist. Hayes et al. (2004e) sprechen in diesem Zusammenhang auch von Widerstand gegenüber Verhaltensänderungen. Allerdings meinen sie damit weder einen psychischen Zustand oder ein bestimmtes widersetzliches Verhalten noch eine Erklärung für das Versagen von Behandlungsversuchen; sie beschreiben vielmehr die Vergeblichkeit der Bemühungen, mit denen ein Patient versucht hat, ein bestimmtes Problem zu lösen. Wie kommt es, dass es so schwierig ist, Verhalten zu ändern?

Verhalten dient vor allem der Anpassung an die Umwelt. Ist die Umwelt stabil, so entwickeln sich passend dazu ebenfalls stabile Verhaltensmuster. Typische Verhaltenprobleme bei Kindern oder bei Personen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder geistigen Behinderungen sind hierfür geläufige Beispiele. Etwa wenn Schreien immer wieder durch soziale Zuwendung positiv oder Trotzverhalten angesichts von Aufgabenanforderungen durch Nachgeben und Aufgabenerlass negativ verstärkt werden (siehe viele Beispiele in Martin and Pear, 2001).

Moderne Verhaltenstheorien sehen Verhalten jedoch nicht nur in Abhängigkeit von Umweltvariablen, sondern betrachten es als Funktion der Interaktion von Person- und Umweltvariablen. Psychologische Forschung und klinische Erfahrung haben zur Differenzierung einer Vielzahl unterschiedlicher Personvariablen geführt, die einen Beitrag zur Erstarrung des Verhaltens zu leisten scheinen.

Sigmund Freud hat auf unbewusste Inhalte und Prozesse hingewiesen, die Entwicklungsfreiheit und Anpassungsfähigkeit einer Person einschränken können. Aus dieser psychodynamischen Perspektive hat Westen (1998) in einem auch für verhaltenstherapeutische Leser nützlichen Überblick die umfangreiche kognitions-, sozial-, entwicklungs- und persönlichkeitspsychologische Forschungsliteratur zusammengestellt. Er sieht darin viele der Annahmen Freuds im Prinzip bestätigt. Von einem anderen theoretischen Standort aus hat Grawe (1998, 2004) ebenfalls auf die Bedeutung impliziter Gedächtnisinhalte und prozeduraler Gedächtnisprozesse hingewiesen und einen impliziten und einen bewussten Funktionsmodus psychischer Aktivität unterschieden.

Ein anderes Beispiel für psychische Erstarrung sind Regeln im Sinne bewusster Annahmen oder Instruktionen. Sie treten etwa als Vorurteile oder Normen in Erscheinung und spielen in Ellis' rational-emotiver Therapie eine prominente Rolle. Die verhaltensanalytische Grundlagenforschung hat gezeigt, wie Instruktionen eine Versuchsperson gegenüber dem Wechsel von Verstärkerprogrammen, d.h. sich ändernden Bedingungen in der Umwelt, unsensibel machen können (Catania et al., 1989). Dabei spielen anscheinend auch Persönlichkeitsaspekte eine Rolle. So wurde in einer Studie psychische Rigidität als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen erfasst und anschließend die

Verhaltensleistung der Probanden bei wechselnden Verstärkerprogrammen und unterschiedlichen Instruktionen beobachtet. Es zeigte sich eine klare Korrelation zwischen der Sensitivität gegenüber Konsequenzen und der mit dem Fragebogen gemessenen Rigidität. Personen mit einem hohen Rigiditäts-Score waren durch die Instruktionen vermehrt festgelegt und reagierten deutlich unflexibler auf Veränderungen der Verstärkungsbedingungen (Wulfert et al., 1994). Wie kommen Regeln und Instruktionen zu dieser Wirkung?

Ein ähnliches Phänomen findet sich bei Patienten mit bilateralen Läsionen der Amygdala. Sie können zwar über die Verknüpfung eines unconditionierten aversiven Reizes mit einem konditionierten Reiz berichten, weisen jedoch Defizite bei emotionaler Konditionierung auf (Bechara et al., 1995). Ohne die Fähigkeit zu emotionalen Reaktionen ist die Anpassung an die Umwelt offenbar beeinträchtigt, obwohl die relevanten Umwelteinflüsse und deren Verknüpfung bewusst sind. Auch bei Patienten mit Läsionen im Bereich des ventromedialen präfrontalen Kortex zeigte sich, dass sie nicht aus ihren Erfahrungen lernen konnten, obwohl ihre rational kognitiven Fähigkeiten weitgehend intakt waren (Bechara et al., 1994). Betrachtet man diese Befunde im Zusammenhang, drängt sich die klinische Erfahrung auf, dass Patienten oft dann Schwierigkeiten mit Verhaltensänderungen haben, wenn sie sehr rational und normorientiert („verkopft“) sind. Möglicherweise ist eine reduzierte Emotionalität nicht nur Folge zerebraler Schädigungen, sondern auch verbaler Einflüsse. Ich denke hier an ein Kontinuum reduzierter Emotionalität - je nachdem, wie bewusst und wirksam der verbale Einfluss ist, d.h., wieweit er selbst wieder verbal formuliert werden kann: von der völlig unbewussten Emotionsvermeidung (z.B. Alexithymie) über die bewusste Verdrängung von Gefühlen („Ja ja, ich weiß, ich neige dazu, meine Gefühle zu verdrängen“) bis hin zu Versuchen der Emotionsunterdrückung, wenn die Gefühle schon da sind („Ich muss mich jetzt zusammenreißen“, „Bleib cool, Junge“). Insofern wir Gefühle als „analoge“ Form lebensgeschichtlicher Erfahrung auffassen können (Wilson und Hayes, 2000), könnte ihre Vermeidung zur „Unbelehrbarkeit“ führen. Ohne Gefühle machen wir möglicherweise dieselben Fehler immer wieder. Das passt zur „emotionalen Wende“ in der VT (siehe Kanfer et al., 1996, S. 399 ff.).

Diese Interpretation legt auch die umfangreiche Befundlage zur Erlebnisvermeidung nahe (Übersicht bei Hayes et al., 1996). Darin zeigt sich weiter, dass Gefühle umso häufiger und intensiver aufzutreten scheinen, je mehr wir sie loswerden wollen. Dasselbe gilt für Versuche, Gedanken zu unterdrücken (Wegner et al., 1987; Wegner, 1992). Warum aber werden Gefühle überhaupt vermieden?

Als weiterer Faktor kann das, was wir über uns selbst denken, zu pathologischer Verhaltensstabilität führen. Sogar selbsterniedrigende Selbstbildannahmen scheinen unser Verhalten so zu beeinflussen, dass sie immer wieder bestätigt werden. Sie bestimmen mit, wie wir uns unsere äußere Umwelt, unsere eigene „ökologische Nische“ gestalten, welche Partner wir wählen, wie wir uns kleiden und nach außen darstellen, auf was wir achten, an was wir uns erinnern und wie wir Ereignisse interpretieren. Dabei scheint es sogar wichtiger zu sein, ein negatives Selbstbild bestätigt zu bekommen,

als ein positiveres Selbstbild zu gewinnen. Eine wichtige Triebkraft dieses Strebens nach Selbstbestätigung scheint der Wunsch nach Selbstkonsistenz bzw. Kohärenz zu sein (Swann et al., 1987; Swann, 1990; Swann et al., 2002).

Dieses Funktionsprinzip unseres Verhaltens betrifft offenbar nicht nur unser Streben nach Selbstbestätigung. Vieles spricht dafür, dass es sich um ein weitreichenderes Prinzip handelt. Grawe (1998, 2004) hat dazu eine umfangreiche Literatur gesichtet und die Konsistenzregulation zu einem zentralen Aspekt seines psychotherapeutischen Ansatzes gemacht. Woher kommt diese Tendenz, wie hängt sie mit psychischer Erstarrung zusammen und wie können wir therapeutisch mit ihr umgehen? – Während Grawe eine Erklärung auf neurobiologischer Ebene sucht, bleiben wir bei der Suche nach einer Antwort auf diese Frage auf der Ebene des Verhaltens, d.h. auf der Ebene des integrierten Organismus, der mit seiner Umwelt interagiert. Um das Verständnis von ACT zu erleichtern, möchte ich hier einen historisch orientierten Exkurs zur Entwicklung der VT einschieben.

Exkurs: Die drei Wellen der Verhaltenstherapie

Die Entwicklung der VT kann man in drei aufeinander folgenden Phasen oder Wellen beschreiben (Hayes, 2004). Diesen drei Wellen lassen sich grob verschiedenen Modellvorstellungen zuordnen, die mit der Erstarrung des Verhaltens in Beziehung stehen.

Die erste Welle der „klassischen“ VT

Die erste Welle der „klassischen“ VT hat sich in direkter Weise auf die Umwelt und das Verhalten konzentriert. Problematisches Verhalten und psychische Erstarrung, wenn Sie so wollen, wurden in erster Linie durch diskrete, abgrenzbare Umwelteinflüsse erklärt. Dieser Hinweis ist mir wichtig, da wir neben diskreten und abgrenzbaren später auch kontextuelle, sozusagen allgegenwärtige Umwelteinflüsse kennen lernen werden. Um Verhalten zu ändern, wurde auf die Umwelt Einfluss genommen (z.B. in Form einer Token economy) oder Verhalten wurde direkt angegangen (z.B. mit einem Fertigkeitentraining).

Prinzipien der Veränderung waren vorwiegend operantes und respondentes Konditionieren, die durch experimentelle Forschungen wissenschaftlich gut untermauert waren. Die Wirkung von Exposition wurde mit Habituation sowie operanter oder respondenten Löschung erklärt, die Wirkung der Verhaltensaktivierung auf Verstärkungsprozesse zurückgeführt. Sprachliche Phänomene spielten als solche keine Rolle. Wenn Instruktionen etwa im Rahmen von Selbstkontrollverfahren oder bei Fertigkeitentrainings verwendet wurden, galten sie als (diskrete) diskriminative Reize, ohne dass die Frage gestellt wurde, wie denn Instruktionen, d.h. bestimmte Geräuschmuster oder Striche auf Papier, zu ihrer verhaltenssteuernden Wirkung kommen.

Der Preis für die elegante Einfachheit und die Selbstverpflichtung auf streng experimentell abgesicherte Methoden waren eine gewisse Kurzsichtigkeit und ein Verlust an klinischer Reichhaltigkeit. Die menschlichen Sinnfragen und die komplexen Probleme des Alltagslebens blieben weiterhin die Domäne der psychoanalytischen und humanistischen Tradi-

tionen und nährten die fortwährende Kritik an dem „klassischen“ Ansatz. Letztendlich führten sie neben Zweifeln, ob die therapeutische Praxis tatsächlich mit den grundlegenden Lernprinzipien ausreichend zu erklären sei, zur kognitiven Wende.

Die zweite Welle der kognitiven VT

Die kognitive Therapie stellte nicht mehr die Außenwelt, sondern die Innenwelt in den Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen. Außerdem halfen hypostasierte Konstrukte wie Pläne und Schemata, jene Defizite direkter Beobachtungs- und Kontrollmöglichkeiten zu überbrücken, die insbesondere die Arbeit mit ambulanten Patienten mit sich brachten. Die aufkommende Computertechnologie bot dazu eine reichhaltige Metaphorik.

Im Zuge der Erweiterung klinisch relevanter Variablen wurden die Aspekte der Innenwelt wie Gedanken und Gefühle en passant vergegenständlicht und dann ähnlich behandelt wie Objekte in der äußeren Welt. Exposition wurde und wird nicht mit den Zielen Habituation oder Löschung verwandt, sondern um kognitive Strukturen zu verändern: „Behavioural strategies are in some instances aimed at modifying symptoms directly (e.g. relaxation, distraction techniques), however, their key use is in the form of experiments to challenge belief at the automatic thought and schema levels“ (Wells, 1997, S. 43). Irrationale Gedanken, systematische Denkfehler, dysfunktionale Schemata und andere oft unbewusste Prozesse der Informationsverarbeitung werden aus kognitiver Perspektive zur Erklärung problematischen Verhaltens und psychischer Erstarrung herangezogen (vgl. Leahy, 2003).

Manche Forscher wie Wells konzentrieren sich auf eine rein kognitive Sichtweise, schließen nicht-kognitive Erklärungen systematisch aus und begründen das mit der Notwendigkeit theoretischer Kohärenz: „Some early cognitive-behavioural interventions tended to use behavioural techniques and cognitive techniques as components of eclectic treatment packages. A criticism of such approaches is that they lack theoretical integrity, and may be combining strategies in a suboptimal way“ (Wells, 1997, S. 43). Der in Deutschland weit verbreitete Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer et al. (1996) ist demgegenüber einer pragmatischen Integration von klassischer VT und kognitiver Therapie verpflichtet. Dennoch hat der Eklektizismusvorwurf von Adrian Wells m.E. seine Berechtigung. Denn eine echte Integration, die sich an der wissenschaftlichen Bedeutung von Begriffen orientiert und für deren zu laxen Verwendung sensibel ist (z.B. des Verstärkerbegriffs), ist eine große Herausforderung.

Angesichts des modernen Selbstverständnisses der kognitiven VT, sich auf den gesamten Bestand relevanter wissenschaftlicher Forschungsergebnisse zu stützen, ist es m.E. beispielsweise ein ernst zu nehmendes Problem, dass wir über das Zusammenspiel der verschiedenen Lern- bzw. Gedächtnisprozesse bisher kaum etwas wissen (Grawe, 1998, S. 258). Unter diesen Umständen wird es nämlich schwierig, auf der Grundlage theoretischer Kenntnisse zu arbeiten. Wie sagt Grawe: „Selbst in einer experimentell eingeschränkten Situation sind immer mehrere Gedächtnisinhalte/neuronale Erregungsmuster gleichzeitig aktiviert. Was in der Versuchs-

situation geschieht, nimmt also gleichzeitig Einfluss auf verschiedene Gedächtnisarten und Gedächtnisinhalte. Wenn der Versuchsleiter nur eine dieser Gedächtnisarten im Auge hat, sind die anderen damit nicht ausgeschaltet. Für eine therapeutische Situation mit ihren wiederkehrenden Therapiesitzungen mit längeren Abständen dazwischen gilt dies natürlich noch viel mehr als für ein Experiment, das vielleicht eine Stunde dauert. Die Auswirkungen der Therapiesitzungen können auf ganz anderen Gedächtnisveränderungen beruhen als auf den Lernprozessen, die der Therapeut gezielt im Auge hatte" (Grawe, 1998, S. 258 f.). Und das trifft vermutlich nicht nur für die von Klaus Grawe angeführten gedächtnispsychologischen Anteile zu. Wie schwierig wird erst die Integration entwicklungs- sozial- oder persönlichkeitspsychologischer Forschungsergebnisse, die unter völlig anderen theoretischen Prämissen gewonnen wurden?

Hinzu kommt noch das vor allem von verhaltensanalytischer Seite immer wieder thematisierte Problem, dass alle kognitiven und Gedächtnisprozesse immer nur erschlossen sind (Grawe, 1998, S. 254). Was aber sind die Kriterien des Erschließens? Macht es die in dem obigen Zitat von Grawe beschriebene Unsicherheit nicht außerordentlich schwierig, Schemata, die ich nur erschließen kann, wenn sie gerade vor mir ablaufen, auch noch zu aktivieren, weil sie eben gerade nicht ablaufen? Und wie kann ich dann auch noch gezielten Einfluss auf sie nehmen und abschätzen, ob meine Einflussnahme erfolgreich war? Der von Grawe beschriebene Zyklus „systematisches Beobachten, Erschließen und Prüfen" (S. 249) dürfte viele Ressourcen eines Therapeuten binden. Und wo bin ich dann mit meinen Gedanken – bei dem Patienten oder bei meinen Hypothesen und Theorien und meinem Hintergrundwissen?

Was wäre, wenn wir die klinisch relevanten Verhaltensprozesse nicht erst erschließen müssten, sondern direkt vor unseren Augen beobachten könnten? Wäre das nicht echt cool? Bevor ich zu den Charakteristika der dritten Welle der VT – so wie ich sie sehe – komme, erlauben Sie mir eine kurze Bemerkung zur Rolle der Sprache in der kognitiven VT der zweiten Welle. Sie hat sich gegenüber der Gründerzeit der VT etwas gewandelt. Die kognitiven Theorieansätze haben mit ihren Schemakzepten, Gedächtnis- und Bewertungsprozessen psychischen Inhalten und Prozessen Eingang in das therapeutische Denken verschafft, die offenkundig in enger Beziehung zur menschlichen Sprache stehen (Nelson, 1996). Jedoch bleiben jene grundlegenden verbalen Prozesse weiterhin unberücksichtigt, die diesen psychischen Inhalten und Prozessen ihre Bedeutung und handlungsrelevante Wirkung geben. So bleiben etwa die Beziehungen zwischen Schemakzepten und sprachlichen Prozessen unklar. Ein grundlegendes Problem besteht überdies vor allem darin, dass zur Erklärung von Gedächtnisprozessen oder Handlungen unter gleichzeitiger Vermeidung von Zirkelschlüssen Schemata unabhängig von den zu erklärenden Phänomenen nachgewiesen werden müssten. Solch ein Nachweis ist allerdings in der Regel kaum möglich. Deshalb ist es, abgesehen von der stets vage bleibenden Konzeption eines Schemas, schwierig, dessen ursächliche Rolle für die Entstehung von Verhaltensproblemen dingfest zu machen (Eysenck und Keane, 2000).

Die dritte Welle der VT

Sowohl aus den eher verhaltensanalytischen als auch den kognitiven Strömungen der VT hat sich in den letzten Jahren eine dritte Welle der VT entwickelt. Dazu gehören die funktional-analytische Psychotherapie (FAP; Kohlenberg und Tsai, 1991), die dialektische Verhaltenstherapie (DBT; Linehan, 1996a), die integrative Paartherapie (IBCT; Jacobson and Christensen, 1996), die integrative Familientherapie (IFT; Greco und Eifert, 2004), das kognitiv-verhaltensanalytische System der Psychotherapie (CBASP; McCullough, 2000), die Achtsamkeits-basierte kognitive Therapie (MBCT; Segal et al., 2002), die Verhaltensaktivierung des späten Neil Jacobson (Martell et al., 2001) und die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Hayes et al., 2004e). Was diese durchaus verschiedenen Ansätze gemein haben und erlauben, sie unter dem Begriff der dritten Welle zusammenzufassen, ist nicht so einfach zu sagen.

Einerseits ist anscheinend wieder Interesse an dem bewährten und vielfach erprobten Fundament der verhaltensanalytischen Tradition und ihrer funktionalen Betrachtungsweise erwacht. So spielen in der FAP, der DBT, dem CBASP und bei ACT operante Prozesse wieder explizit eine wichtige Rolle. Andererseits kennzeichnen Konzepte wie Akzeptanz, Achtsamkeit und Spiritualität insbesondere DBT, IBCT, MBCT und ACT. Ferner wird in all diesen Ansätzen die Beziehung zwischen Patient und Therapeut zu einem zentralen Thema des therapeutischen Geschehens. Auch die klinische Betrachtungsweise (im Sinne von "an der Seite des Patienten"; vgl. Feinstein, 1967) gewinnt eminent an Bedeutung. Hayes hat die dritte Generation der VT auf folgende Weise charakterisiert:

„Gegründet auf einen empirischen, an Prinzipien orientierten Ansatz, ist die dritte Welle der Verhaltens- und kognitiven Therapie besonders sensibel gegenüber dem Kontext und den Funktionen psychischer Phänomene, nicht nur gegenüber deren Form; deshalb tendiert sie ergänzend zu eher direkten und didaktischen zur Betonung kontextueller und erlebnisbezogener Veränderungsstrategien. Diese Behandlungen streben anstelle eines eliminativen Ansatzes für eng definierte Probleme bevorzugt die Konstruktion breit gefächelter, flexibler und effektiver Repertoires an und betonen die Bedeutung der Themen, die sie untersuchen – im Hinblick auf Therapeuten ebenso wie auf Patienten. Die dritte Welle reformuliert und synthetisiert frühere Generationen Verhaltens- und kognitiver Therapie und entwickelt sie weiter in Richtung auf Fragen, Themen und Bereiche, die vormals vorwiegend von anderen Traditionen angesprochen wurden, in der Hoffnung, sowohl das Verständnis als auch die Ergebnisse zu verbessern" (Hayes, 2004, S. 5 f.; Übersetzung RFS).

ACT adressiert darüber hinaus in direkter Weise fundamentale sprachliche Prozesse und widmet sich damit dem bedeutendsten Desiderat sowohl der klassischen als auch der kognitiven VT, das in der Vernachlässigung einer funktionalen Analyse von Sprache und Kognition liegt. Zwar hat sich die kognitive Therapie intensiv mit kognitiven Prozessen befasst, jedoch hat sie sich entweder – wie in weiten Bereichen der klinischen Praxis – mit einem Laienverständnis begnügt oder

sich in strukturalistischen Modellen auf praxisferne abstrakte Konstrukte kognitions- und neurowissenschaftlicher Theorien bezogen, die im therapeutischen Setting nicht direkt zu beobachten und zu beeinflussen sind.

Deshalb nimmt ACT m.E. in dieser dritten Welle einen besonderen Platz ein. Denn dieser Ansatz basiert auf einem jetzt über zwanzigjährigen Forschungsprogramm, das menschliche Sprache und Kognition untersucht, und in der experimentellen Grundlagenforschung, klinischen Forschung und therapeutischen Praxis eng miteinander verwoben sind. Es hat sich zum Ziel gesetzt, grundlegende und handhabbare Prinzipien für alle Formen kognitiver Interventionen zur Verfügung zu stellen. Außerdem beansprucht ACT eine große klinische Reichweite und wurde nicht diagnosenbezogen entwickelt wie etwa DBT, CBASP oder MBCT. Aus diesen Gründen und natürlich aufgrund der eigenen Fortbildung möchte ich ACT genauer vorstellen.

In den folgenden Abschnitten möchte ich zunächst die theoretischen Grundlagen von ACT in Form der Relational Frame Theory (RFT) darstellen. Aus ihnen lassen sich das psychopathologische Konzept der Verhaltenserstarrung und die indizierten therapeutischen Maßnahmen zur Flexibilisierung des Verhaltens ableiten.

Die theoretischen Grundlagen:

Relational Framing bzw. beliebiges Bezugnehmen

Psychische Erstarrung ist die dunkle Seite jener Kraft, auf der auch menschliche Sprache und Intelligenz beruhen. Ihre grundlegenden Prozesse werden von der RFT, einer Theorie des Bezugnehmens unter beliebiger Kontextkontrolle, experimentell untersucht (eine umfassende Übersicht findet sich in Hayes et al., 2001).

Beliebige Bezugnahme ist zu unterscheiden von jenen Formen nichtbeliebiger Bezugnahme, bei denen ineinander verschränkte Diskriminations- und Generalisationstrainings zur Abstraktion von Konzepten führen (Malott et al., 2000). Auf diese Weise lernen auch Tiere, zum Beispiel immer die längere von zwei Linien oder die dunklere von zwei Lampen zu wählen, um eine Belohnung zu erhalten. Man sagt, dass sie ein "Konzept" von Länge oder Helligkeit erwerben. Entscheidend ist für diese Art von Konzepttraining, dass sich die Objekte oder Ereignisse, die miteinander in Beziehung gesetzt werden, in bestimmten formalen Eigenschaften wie Länge, Helligkeit oder anderen konkreten Merkmalen unterscheiden. Das Bezugnehmen steht unter der Kontrolle formaler, „natürlicher,“ nichtbeliebiger Merkmale. Beim beliebigen Bezugnehmen existieren solche natürlichen Merkmale nicht. Drei Haupteigenschaften kennzeichnen beliebiges Bezugnehmen: Bidirektionalität (= wechselseitige Bezugnahme), kombinatorische Bezugnahme und die Transformation von Reizfunktionen.

Bidirektionalität

Die einfachste Form des beliebigen Bezugnehmens ist das koordinierte Bezugnehmen. Was damit gemeint ist, möchte ich anhand eines einfachen experimentellen Arrangements demonstrieren. Im Rahmen eines „matching to sample“-De-

signs wird zunächst die Beziehung zwischen zwei Reizen operant trainiert. In entsprechenden Experimenten erscheint beispielsweise am oberen Rand eines Bildschirms ein beliebiges Symbol (z.B. X). Der Proband hat nun die Aufgabe mit dem Cursor auf ein anderes Symbol aus einer Reihe beliebiger Symbole (z.B. § - & - #) am unteren Bildrand zu zeigen. Zeigt er auf ein bestimmtes Zeichen (z.B. #) wird er unmittelbar belohnt (z.B. durch die Rückmeldung „richtig“). In verhaltensanalytischen Begriffen handelt es sich hierbei um ein konditionales Diskriminationstraining. Das Symbol X fungiert als Bedingung, in deren Gegenwart das Symbol # als diskriminativer Reiz eine Handlung veranlasst (Zeigen auf #), die in der Vergangenheit belohnt wurde. Es wurde eine Beziehung $X \rightarrow \#$ etabliert.

Zu dieser Verhaltensleistung sind auch Tiere in der Lage. Was man allerdings bei Tieren offenbar nicht findet, ist die **Bidirektionalität** der Beziehung zwischen X und # ($X \leftarrow \rightarrow \#$). Verwendet man nämlich # als Bedingung, so wählen menschliche Personen ohne weiteres Training X aus einer Reihe beliebiger Symbole. Die Beziehung $X \leftarrow \#$ wurde jedoch nicht trainiert sondern **abgeleitet**. In diesem Beispiel fungiert das „matching to sample“-Design als **relationaler Kontext** (C_{rel}), der festlegt, welche Beziehung zwischen den Reizen ausgewählt werden soll. Die festgelegte Beziehung ist insofern beliebig, als sie durch keinerlei formale Ähnlichkeit zwischen den beiden Reizen vorbestimmt ist.

Kombinatorische Bezugnahme

Kommt zu diesem ersten noch ein zweites konditionales Diskriminationstraining, dann entsteht eine zusammengehörige Menge von drei beliebigen Reizen. Zunächst wird eine weitere bidirektionale Beziehung zwischen X und einem dritten Symbol (etwa O) aufgebaut ($X \leftarrow \rightarrow O$). Unter dieser Voraussetzung sind nach bisherigem Forschungsstand offensichtlich nur menschliche Personen in der Lage, zwei weitere Beziehungen wiederum ohne spezielles Training abzuleiten: $\# \rightarrow O$ und $\# \leftarrow O$. Damit haben wir jetzt eine Menge von Reizen, bestehend aus X, # und O. Das Bemerkenswerte daran ist, dass # und O nie direkt miteinander in Beziehung getreten sind, wie es für das respondenten Konditionieren erforderlich ist. Diese Beziehungen wurden **indirekt** gelernt.

Transformation von Reizfunktionen

Das für diese Menge von Reizen charakteristische Beziehungsmuster ermöglicht einen besonderen Prozess: die **Transformation von Reizfunktionen**. Nehmen wir an, dass in einem Labor (das hier einem funktionalen Kontext = C_{func} entspricht) einer Versuchsperson, die das obige Training absolviert hat, mit der Präsentation von O ein leichter Elektroschock verpasst wird. Aufgrund der bestehenden Reizbeziehungen ist es sehr wahrscheinlich, dass die Person in Zukunft nicht nur bei Darbietung von O physiologische Erregung zeigt, sondern ebenso beim Anblick von X und #. Falls ihr eine entsprechende Handlungsmöglichkeit gewährt wird, wird sie bei allen drei Symbolen und nicht nur bei O den Knopfdruck auswählen, der den Stromfluss verhindert oder beendet. Diese Transformation von Reizfunktionen ist etwas völlig anderes als ein normales respondentes oder operantes Trai-

ning. Denn der unconditionierte Reiz des Elektroschocks wurde nie direkt mit den anderen beiden Reizen (X, #) gepaart; ebenso wurde die diskriminative Funktion von X und # für das Ausschalten des Stromes nie direkt trainiert. Wir haben es also wieder mit indirekten Lernprozessen zu tun.

Wenn bei einem bestimmten Typ beliebig bezugnehmenden Verhaltens alle drei Aspekte – Bidirektionalität, kombinatorische Bezugnahme und Transformation von Reizfunktionen – erfüllt sind, spricht man von der Verhaltensleistung als einem Bezugsrahmen (relational frame). Mit diesem Begriff ist keine hypostasierte kognitive Struktur gemeint, sondern eine komplexe beobachtbare Verhaltensleistung; ein Bezugsrahmen wird gewissermaßen vollzogen. In einem bestimmten funktionalen Kontext (C_{func}) wählt eine Person, veranlasst durch ein bestimmtes Ereignis, das aufgrund bestimmter Hinweise (C_{rel}) in eine bestimmte Beziehung zu anderen Ereignissen gesetzt wird, eine bestimmte Verhaltensantwort aus.

Ein solches veranlassendes Ereignis könnte etwa ein Schmerz im Bereich der Herzgegend sein. Für viele Menschen stehen solche Herzschmerzen in einer bestimmten Beziehung zu einer Herzkrankheit (C_{rel} ; etwa ausgedrückt in den Worten „Herzschmerzen sind ein Hinweis auf einen Herzinfarkt“ oder kürzer „Herzschmerzen = Herzinfarkt“). Krankheit steht ihrerseits in einer bestimmten Beziehung zu Arbeitsunfähigkeit. Leidet die Person mit den Herzschmerzen unter Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (C_{func}), ist es nicht allzu abwegig, dass sie zu einer Herzkrankheit passende Verhaltensweisen auswählt und an irgendeinem Tag erstmals wegen Herzbeschwerden den Arbeitsplatz verlässt, zum Hausarzt geht und eine Arbeitsunfähigkeit bekommt – und zwar ohne all dies zu irgendeinem Zeitpunkt bewusst intendiert haben zu müssen (bezugnehmende Prozesse können völlig „implizit“ ablaufen). Erst mit der unmittelbar erlebten Krankenschreibung kommen die bekannten operanten Prozesse wie hier derjenige der negativen Verstärkung des Krankheitsverhaltens zum Zuge. Erleben wir multiple Beispiele wechselseitiger und kombinatorischer Bezugnahme einschließlich der Transformation von Reizfunktionen, wie das beim Erlernen von Namen und Bezeichnungen der Fall ist, so entspricht das wieder einem Konzepttraining. Wir abstrahieren „automatisch“ bestimmte Typen von Bezugnahme. In dem hier vereinfacht beschriebenen Fall sprechen wir von einem **koordinierten In-Beziehung-Setzen** bzw. einem **Bezugsrahmen der Koordination**.

Der Bezugsrahmen der Koordination (bzw. die Tätigkeit der koordinierten Bezugnahme) kann nun seinerseits mit bestimmten Symbolen in Beziehung gebracht werden. Solche Symbole können als C_{rel} (d.h. quasidiskriminative Hinweise, dass eine koordinierte Bezugnahme verstärkt wird) fungieren. In unserem gewohnten deutschsprachigen Umfeld wird die koordinierte Bezugnahme zum Beispiel durch Worte wie „ist gleich“ oder „ist genau dasselbe“ ausgewählt. Wenn wir beispielsweise hören: „Peter ist 42 Jahre alt, Günter ist genauso alt wie Peter“, stellen wir keine Beziehung wie „jünger als“ oder „älter als“ her. Wir wählen den Bezugsrahmen der Koordination und können auf die Frage: „Wie alt ist Günter?“ antworten: „42 Jahre“.

Ähnlich wie beim generalisierten Imitieren, bei dem das Nachahmen durch sich selbst automatisch verstärkt wird (d.h., es

muss nicht mehr durch Lob verstärkt werden; Malott et al., 2000), bilden sich auch bei der beliebigen Bezugnahme generalisierte Operanten heraus (Barnes-Holmes und Barnes-Holmes, 2000). D.h., dass bestimmte relationale Kontexte automatisch bestimmte Arten der Bezugnahme veranlassen. Der Begriff der Reizbeziehung gewinnt in der RFT gegenüber dem durch das direkte Training von Reizbeziehungen gekennzeichneten Begriff der Reizklasse an Bedeutung. Das könnte auf den ersten Blick so aussehen, als handle es sich eigentlich um nichts anderes als um jene semantischen Netzwerke, die uns aus der Kognitionswissenschaft bekannt sind. Aus der verhaltensanalytischen Perspektive der RFT sind jedoch „Netzwerke abgeleiteter Reizbeziehungen weder hypothetisch noch erschlossen, es sind weder Strukturen noch mentale Ereignisse. Es sind kontextuell situierte Aktivitäten“ (Barnes-Holmes et al., 2001a, S. 59).

Arten beliebiger Bezugnahme und relationale Netzwerke
Neben der koordinierten Bezugnahme gibt es eine Vielzahl weiterer Möglichkeiten, in Abhängigkeit von bestimmten Ereignissen auf andere Ereignisse zu antworten. Wir können beispielsweise Ereignisse vergleichen, unterscheiden, in hierarchische oder kausale Beziehungen setzen, Gegensätze bilden und eine Perspektive einnehmen (Tab. 1).

Tabelle 1: Arten Bezugsrahmennehmender Verhaltensleistungen und ihre Veranlassung

Name des Bezugsrahmens	Sprachliche Ausdrücke und grammatische Formen, welche die Auswahl des Bezugsrahmens veranlassen (C_{rel})
Koordination Vergleich	ist gleich, ist größer als, kleiner als, länger als, kürzer als, mehr, weniger
Unterscheidung Opposition	ist anders als, unterscheidet sich von ist das Gegenteil von, im Gegensatz zu
Hierarchie	ist Teil von, beinhaltet, umfasst
Kausalität	wenn . . . , dann . . . ; Präsens mit Futur
Perspektive	ich – du, hier – dort, jetzt – dann; Präsens, Perfekt, Futur

Ferner können verschiedene Bezugsrahmen miteinander in Beziehung treten. Der Begriff des relationalen Netzwerks dient dazu, solche Beziehungen zu beschreiben und auf Kombinationen von Bezugsrahmen zu verweisen. Ein einzelner Bezugsrahmen ist das kleinste relationale Netzwerk. Es sei noch einmal betont, dass es sich dabei nicht um irgendwelche mentalen Strukturen handelt, sondern um funktional definierte Klassen beliebig bezugnehmenden Verhaltens. Beispiele für solche komplexeren Formen des Bezugnehmens sind analoges Denken und Metaphern (Barnes et al., 1997; Stewart et al., 2001).

Das Konzept des relationalen Netzwerks bietet die Möglichkeit, die Organisation gewohnter sprachlicher Einheiten wie Sätze, Texte oder Geschichten zu untersuchen (Barnes-Holmes et al., 2001). Einfache normale Sätze sind beobachtbare Beispiele für relationale Netzwerke niedriger Komplexität. Es genügt, dass es kontextuelle Hinweise (C_{rel}) gibt, „welche die

notwendige bezugnehmende Aktivität veranlassen, um eine Beziehung zwischen den Ereignissen im Netzwerk zu spezifizieren" (Barnes-Holmes et al., 2001, S. 57). Wenn Sie etwa lesen, „Janis Joplin war eine große Sängerin,“ veranlasst WAR als C_{rel} , dass Sie eine spezifische Beziehung zwischen JANIS JOPLIN und EINE GROSSE SÄNGERIN herstellen. Der Satz ist außerdem bedeutsam, weil er einen ausreichenden funktionalen Kontext (C_{func}) für eine Transformation von Reizfunktionen abgibt. Letzteres kann sich darin ausdrücken, dass Sie als Leser beispielsweise zustimmend oder neugierig oder ablehnend auf diesen Satz antworten. „Rot ist gelb“ ist zwar auch ein kompletter Satz, doch deshalb nicht bedeutsam, da er aus einer Beziehung besteht, die in der Sprachgemeinschaft äußerst ungewöhnlich ist und zu keiner nennenswerten Transformation von Reizfunktionen führt. Salopp gesagt, wir können uns nichts darunter vorstellen. Das kann in einem anderen funktionalen Kontext, zum Beispiel in einem Museum, in dem der Satz in großen Lettern auf einem schwarzen Hintergrund erscheint, völlig anders sein.

Komplexere Sätze oder ganze Texte sind bedeutsam, wenn sie aus Bezugsrahmen-theoretischer Sicht **kohärente Netzwerke** sind, d.h., wenn die Beziehungen zwischen den Begriffen ausreichend spezifiziert sind, so dass ein „Sinngelalt“ abgeleitet werden kann. Das ist der Fall in dem dialogisch ausgeführten Satz: „Nennen Sie mir Ihre drei Lieblingsmusiker!“ – „Verdi, Neil Young und John Fogerty.“ Unser ausgedehntes Sprachtraining scheint dazu zu führen, dass eine sehr unmittelbare und offenbar außerordentlich wirkungsmächtige positiv verstärkende Konsequenz des Ableitens von Beziehungen darin besteht, dass wir innerhalb eines relationalen Netzwerks Kohärenz erkennen (Barnes-Holmes et al., 2001, S. 70). Das ist einerseits für die Beurteilung von Aussagen und Texten nützlich. Andererseits scheint es aber auch eine Grundlage für problematisches Verhalten zu sein: zum Beispiel aggressives Verhalten (Recht zu haben wird wichtiger als eine Beziehung), die Tyrannei der Vergangenheit (das Festhalten an einer Opferrolle wird durch die Kohärenz zwischen früheren lebensgeschichtlichen Ereignissen und aktuellem Verhalten verstärkt), die aufrechterhaltende Wirkung „guter Gründe“ für problematisches Verhalten („Ich kann den Vortrag nicht halten, weil ich zu viel Angst davor habe“) (Zettle und Hayes, 1986; Hayes et al., 2004e). Auch die ungesunde Bindung an Selbstbildannahmen gehört in diesen Zusammenhang, da die Übereinstimmung zwischen Selbstbild und Handeln ebenfalls als Kohärenz identifiziert wird. Unter Berücksichtigung der von Grawe (1998, 2004) hervorgehobenen Bedeutung der Konsistenzregulation können wir von einer „Kohärenzkraft“ sprechen, die wie die Schwerkraft kein Mysterium ist, sondern sich aus experimentell und klinisch fassbaren Basisphänomenen ableitet.

Aus Bezugsrahmen-theoretischer Perspektive entsprechen die verschiedenen Arten der Bezugnahme dem, was man in kognitionswissenschaftlicher Terminologie als mentale Architektur bezeichnet. In verhaltensanalytischer Sicht handelt es sich dabei jedoch nicht um (kognitive) Strukturen, es geht um Verhaltensrepertoires, die wiederum nicht hypostasiert werden, sondern direkt beobachtet und untersucht werden können.

Regeln und Regelfolgen

Die Prozesse der Bezugnahme unter beliebiger Kontextkontrolle beschreiben, wie Worte, Sätze oder Gedanken zu ihrer Bedeutung kommen. Auf dieser Grundlage können wir nun untersuchen, wie Regeln formuliert und die formulierten Regeln befolgt werden. Die RFT unterscheidet drei funktionale Arten von Regeln: Plys, Tracks und Augmentals (Hayes et al., 2004e).

Ein **Ply** ist eine Regel, die ein Verhalten beschreibt und die befolgt wird, weil das vom Hörer ausgeführte Verhalten vom Sprecher dann verstärkt wurde, wenn es mit dem in der Regel beschriebenen Verhalten übereinstimmte. Das durch solche Regeln gesteuerte Verhalten des Hörers wird **Pliance** genannt (Gehorsam). Plys werden ausschließlich aufgrund sozialer Verstärkung befolgt. Je nachdem, wer uns unter welchen emotionalen (d. h. Verstärkungs-)Umständen mit Plys auf den Lebensweg schickt, können diese sehr hartnäckig sein und bei Versuchen, sich unabhängig von ihnen zu verhalten, intensive aversive Gefühle (z.B. Angst vor Strafe) hervorrufen, deren Vermeidung am leichtesten mit „Gehorsam“ zu bewerkstelligen ist.

Ein **Track** ist eine Regel, die ein Verhalten beschreibt und die befolgt wird, weil das Befolgen der Regel (genannt Tracking) durch ein erwünschtes Ergebnis verstärkt wurde. Willkürliche soziale Konsequenzen spielen bei diesem Regeltyp keine Rolle. Dennoch haben auch Tracks ihre Schattenseiten. Insbesondere wenn sie sich auf subjektive Erlebnisse beziehen, können sie in seltsame Schleifen münden. Zum Beispiel wenn jemand eine Regel befolgt, welche die Unterdrückung eines Gedankens zum Inhalt hat: „Ich darf nicht daran denken, dass ich die Prüfung verhaue könnte.“ Leider steckt das, was nicht gedacht werden soll, bereits in der Regel, so dass es bei jedem Aufruf der Regel gedacht wird.

Augmentals sind schließlich Regeln, die dafür sorgen, dass bestimmte Ereignisse überhaupt als Verstärker fungieren (formative Augmentals) oder in ihrer Verstärkerwirkung gesteigert werden (motivative Augmentals). Augmentals sind uns aus der Werbung geläufig. Gut-schlecht-Bewertungen sind ebenfalls Augmentals und nach Grawe (2004) „ein ständig aktiver Monitor des psychischen Geschehens“ (S. 260 ff.). In der therapeutischen Arbeit benötigen wir Augmentals zum Aufbau von Veränderungsmotivation; etwa wenn erwünschte Ziele imaginiert und in der Imagination mit den zu ihrer Erreichung erforderlichen Handlungen und Zwischenzielen in Beziehung gebracht werden, die dadurch eine Transformation in positive Verstärker erfahren.

Klinische Psychopathologie

Vereinzelte habe ich im Rahmen der theoretischen Ausführungen schon auf klinische Aspekte hingewiesen. In einem Zwischenschritt möchte ich jetzt die Darstellung der Interventionsmethoden vorbereiten. Es geht mir darum, zumindest ansatzweise therapeutisch relevante Bedingungen und Verhaltensprozesse aufzuzeigen, die auf einer klinischen Ebene liegen; d.h., die unmittelbar beobachtet werden können und nicht erschlossen werden müssen.

Eine verhaltensanalytisch orientierte klinische Psychopathologie begnügt sich dabei nicht mit der Beschreibung von Ver-

haltensweisen bzw. psychischen Phänomenen. Da Verhalten immer funktional verstanden wird, macht seine Betrachtung nur im Kontext der Bedingungen Sinn, in die es eingebettet ist. Solche Bedingungen sind die sozioverbalen Kontexte der kognitiven Fusion, Bewertung, Vermeidung und Begründung. Als klinisch besonders relevante psychopathologische Phänomene tauchen Gegenwartsvergessenheit, Rechthaben und Mangel an Zielvorstellungen auf.

Kognitive Fusion

Der große Erfolg menschlichen Verhaltens beruht auf der Möglichkeit, dass eine Person ihre unmittelbar gemachten Erfahrungen mit Hilfe verbaler Formulierungen an eine andere Person weitergeben kann. Das funktioniert jedoch nur, wenn Beschreibungen oder Regeln auch ernst bzw. wörtlich genommen werden. Erreicht wird das zum einen durch das Training in koordinierter Bezugnahme, das wir alle erfahren. Außerdem lernen wir das Wörtlichnehmen verbaler Reize dadurch, dass wir Regeln (vor allem Plys) befolgen. Ein gehorsames Kind befolgt eine Anweisung, indem es ein Verhalten ausführt, das in einer koordinierten Beziehung zum verbalen Inhalt der Anweisung steht, weil es für die inhaltliche Übereinstimmung von Anweisung und Verhalten belohnt bzw. für die Nichtübereinstimmung bestraft wird. Diese „Gleichsetzung“ (Bidirektionalität) von Worten und Handlungen hat Vorteile und Nachteile. Ein zentraler Vorteil liegt zum Beispiel in der Möglichkeit, mentale Probehandlungen auszuführen und auf diese Weise denkend Probleme zu lösen. Ein typischer Nachteil ergibt sich, wenn allein schon Vorstellungen von misslungenem Handeln Angst und Unsicherheit auslösen.

Koordinierte Bezugnahme (Benennen) und das Befolgen von Regeln schaffen den Kontext des Wörtlichnehmens bzw. der kognitiven Fusion (Fusion, weil Bezeichnungen und Bezeichnetes verschmelzen). Er ist eine Umweltvariable, allerdings nicht in Form eines diskreten, abgrenzbaren Ereignisses, sondern eher wie eine Atmosphäre, ein Fluidum, das uns umgibt, wie die Luft zum Atmen. Wir gehen ständig mit verbalen Symbolen um, die etwas bedeuten, und kommunizieren mit ihrer Hilfe. Unablässig werden wir trainiert, nahezu alles, was wir erleben, mit Worten oder anderen verbalen Symbolen in Beziehung zu bringen, so dass umgekehrt Worte, Gedanken oder körperliche Empfindungen Reizfunktionen dieser erlebten Ereignisse übernehmen können. Auf diese Weise entsteht Referenz und möglicherweise die Grundlage unseres Bewusstseins. Weiskrantz (1997) formuliert aus einer ganz anderen Perspektive etwas Ähnliches, wenn er von einem fortlaufenden Kommentar spricht, den er mit der Frage nach dem Wesen des Bewusstseins in Zusammenhang bringt: „ . . . phenomenal awareness itself, in our view, results from the delivery or potential delivery of a report“ (S. 76).

Dazu ein klinisches Beispiel. Nehmen wir an, eine sprachkompetente Person erlebt ein traumatisches Ereignis. Dank unseres Sprachtrainings und des Kontextes der kognitiven Fusion wird das Trauma sofort in verbale Reize „übersetzt“. Hier zeigt sich die vitale Dramatik der vielleicht bisher als theoretisch empfundenen Ausführungen. Das tatsächliche Traumageschehen, der unmittelbar erstellte verbale Bericht und die gleichzeitig vorhandenen Empfindungen kommen in

koordinierte Beziehung zueinander, so dass später sowohl der Bericht als auch die Empfindungen, wenn sie durch irgend etwas ausgelöst werden, das Traumaerleben erneut hervorruhen können. Empfindungen und Bericht sind mit dem Trauma verschmolzen und zu dessen Symbolen geworden. Diese Symbole erzwingen geradezu dieselben Verhaltensweisen wie zuvor das Trauma selbst: Flucht und Vermeidung.

Je mehr wir durch Worte anderer und aus Büchern lernen oder selbst „Texte“ generieren, umso mehr laufen wir Gefahr, uns von der unmittelbar erlebten Erfahrung zu entfernen. Die aus „theoretischem“ Wissen oder früheren Erfahrungen abgeleiteten Regeln können unser Leben so dominieren, dass wir für selbst gemachte oder neue Erfahrungen geradezu blind werden. Selbstbildannahmen sind dafür ein eindrucksvolles Beispiel. Sie bestimmen nicht nur die Auswahl unserer Erfahrungen, sondern auch die sozioökologischen Nischen, die wir uns schaffen. Dabei demonstrieren sie ein zentrales Prinzip unserer bezugnehmenden Aktivitäten: Kohärenz zu erzeugen. Auf diese Weise entstehen scheinbar „irrationale“ Überzeugungen. So wie unser Körper bestrebt ist, ein konstantes Milieu aufrechtzuerhalten (Homöostase), tendieren wir durch die Fähigkeit zur Ableitung von Beziehungen dazu, Zusammenhänge zu erzeugen, die wir gemeinhin als „logisch“ bezeichnen oder die „Sinn machen“. Einmal entstandene relationale Netzwerke besitzen eine solche „Kohärenzkraft“, dass sie selbst mit einem direkt widersprechenden Training nur schwer aufzubrechen sind (Wilson und Hayes, 1996). Das macht aus der RFT-Perspektive verständlich, warum reine (d.h. ohne Verhaltensexperimente durchgeführte) kognitive Umstrukturierungen vermutlich problematisch sind und ihr Wirkmechanismus und klinischer Nutzen infrage gestellt wurden (z.B. Jacobson et al., 1996).

Ein damit zusammenhängendes Problem ist, dass therapeutische Maßnahmen, die irrationales Verhalten bekämpfen und ein rationales Denken zum Ziel haben, aus Sicht der RFT genau jene Prozesse benutzen und fördern, aus denen das irrationale Verhalten hervorgegangen ist. Wir werden anhand der Erlebnisvermeidung darauf zu sprechen kommen. Hauptsächlich aufgrund dieser beiden Befunde – der Tendenz zu logischer Kohärenz und der daraus entstehenden Irrationalität – geht es in ACT nicht darum, kognitive Inhalte zu verändern. Vielmehr wird angestrebt, **logisches Denken und „Verstand“ grundsätzlich unter eine flexiblere Kontextkontrolle zu bringen.**

Bewertung

Es kommt noch etwas Weiteres zur kognitiven Fusion hinzu, das die dadurch entstehenden Probleme zusätzlich verschärft. Die Beziehungen zwischen realen Ereignissen und den auf sie bezogenen verbalen Symbolen bewirken, dass die Symbole wie die realen Ereignisse wirken und verbal bewertet werden. Da das Trauma als aversiv und schmerzhaft erlebt und deshalb verbal als negativ bewertet wurde, werden nun auch die Angst und die Gedanken, die mit dem Trauma in Beziehung stehen, nicht nur aversiv erlebt, sondern ebenfalls verbal als negativ bewertet und klassifiziert. Aktivitäten des Bewertens und Einordnens umgeben uns wie Wasser die Fische, so dass ein zweiter Kontext entsteht: der Kontext der

Bewertung. Mit diesem Kontext werden wir trainiert, auch zwischen positiven und negativen Gedanken und Gefühlen zu unterscheiden. Es ist nicht weiter verwunderlich, dass wir solche negativen Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen zu vermeiden suchen.

Das Verhalten des Bewertens, das weitgehend automatisch und unbeachtet abläuft (vgl. Grawe, 2004, S. 260 ff.), können wir im klinischen Setting unmittelbar beobachten. Patienten bewerten fortlaufend ihr eigenes Erleben und ihre Umwelt als gut oder schlecht, schön, schrecklich, wohltuend, furchtbar, unerträglich und so weiter.

Erlebnisvermeidung

Wenn Personen in psychotherapeutische Behandlung kommen, geht es ihnen meistens schlecht, wie sie sagen. Sie leiden unter Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen, die sie als negativ bewertet haben und die deshalb unerwünscht sind. Was sie bis dahin selbst schon ausprobiert haben, um sich davon zu befreien, und jetzt auch von der Therapie erwarten, ist im Grund völlig rational und logisch. Sie wenden lediglich ein Problemlösekonzept an, das in den meisten Bereichen unseres Lebens in Bezug auf negative und unerwünschte Angelegenheiten außerordentlich erfolgreich ist: Problemlösen durch Beseitigen. Das Konzept lässt sich in einem dreischrittigen Algorithmus beschreiben:

1. Erkenne, dass du ein Problem hast,
2. identifiziere die Ursache,
3. beseitige die Ursache.

Auf diese Weise kommt es zu dem, was emotionale Vermeidung oder Erlebnisvermeidung genannt wird.

Nicht nur durch unsere eigenen, sondern auch durch die gesammelten soziokulturellen Erfahrungen werden wir von unserer sozialen Umgebung systematisch trainiert, unangenehme Gefühle und Gedanken zu vermeiden und vor ihnen zu fliehen. Wir sind einer Vielzahl von Anweisungen ausgesetzt, denen zufolge negative Gefühle und Gedanken zu vermeiden sind. Viele Sprichwörter und Redensarten legen davon Zeugnis ab: „Sorge dich nicht, lebe“, „Denken Sie positiv“, „Seien Sie doch nicht immer so negativ“, „Du brauchst doch nicht traurig zu sein, die Mama kommt ja gleich wieder“, „Hör auf zu heulen, sonst gebe ich dir gleich Grund zum Heulen“, „In München steht ein Hofbräuhaus, oans, zwoa, g'suffa . . . meide den Kummer, meide den Schmerz, dann ist das Leben ein Scherz“, „Ein Indianer spürt keinen Schmerz“, „Sei doch nicht so nervös, beruhige dich“ und so weiter.

Solche Regeln und das Problemlöseschema des Beseitigens umgeben uns ebenfalls wie die Luft zum Atmen. Es handelt sich nicht bloß um eine Reihe diskreter Ereignisse. Es ist wie ein Dauerregen. Deshalb sprechen wir vom Kontext der Vermeidung und meinen damit wieder eine Umweltvariable. Sie unterstützt explizit jene Verhaltensweisen, die den Zweck haben, unerwünschte Gefühle zu vermeiden. Mit all den Folgen, die Erlebnisvermeidung mit sich bringt (Hayes et al., 1996, 2004e):

- das paradoxe Ergebnis, dass unerwünschte Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen häufiger und intensiver werden, je mehr wir sie zu vermeiden suchen;
- die zunehmende Beschäftigung mit Beschwerden;

- die Vernachlässigung von Aktivitäten, die uns mit den Dingen des Lebens in Kontakt bringen, die uns eigentlich wichtig sind (Partner, Freunde, Genuss etc.).

Auch bei der Stagnation therapeutischer Bemühungen, von der eingangs die Rede war, dürfte Erlebnisvermeidung eine wichtige Rolle spielen (Holland, 2003). Viele Patienten kommen in Behandlung, weil sie möchten, dass es ihnen besser geht. Das hört sich positiv an. Tatsächlich ist es jedoch nur die Umkehrung des Wunsches nach Beseitigung negativer Gefühle. Tappen wir da als Therapeutinnen und Therapeuten nicht auch manchmal in die Falle der Erlebnisvermeidung, wenn wir Patienten diese Agenda „Es soll mir besser gehen“ abkaufen? Und könnte das nicht zu dem paradoxen Ergebnis der unendlichen Behandlung führen: Je mehr sie ihre negativen Gefühle und Gedanken loswerden wollen und zu kontrollieren versuchen, desto mehr und länger haben sie davon? Selbst wenn wir fragen, wie denn ein besseres Leben aussehen würde und wir den Antworten durchaus scheinbar sinnvolle Ziele entnehmen, bleibt die Gefahr, dass diese Ziele für manche unserer Patienten nur Mittel zum Zweck sind: „Wenn diese Ziele erreicht sind, wird es mir besser gehen.“

Das Vermeiden subjektiver Erlebnisse kann viele verschiedene Formen annehmen. Orte und Situationen werden vermieden, da sie bestimmte Erlebnisweisen auslösen könnten. Substanzen werden eingenommen und Rituale ausgeführt. Aggressives Verhalten dient dazu, „Frust abzulassen“. Patienten lenken sich ab oder antworten „Ich weiß nicht“, „Ich kann mich nicht erinnern“. Traumapatienten manipulieren die Kohärenz ihrer Erinnerungen (C_{func}) und verhindern so möglicherweise die (schmerzliche) Transformation von Reizfunktionen.

Begründen

Mit dem Kontext der Erlebnisvermeidung geht der Kontext des Begründens einher. Wir lernen systematisch, unsere Aktivitäten mit mentalen Ereignissen zu begründen: „Ich wollte dich mal besuchen, weil ich dachte, du würdest dich freuen.“ Das gilt natürlich auch für die Vermeidung von privaten Erlebnissen, die wir auf vielerlei Weise sozial verträglich begründen und rechtfertigen können („Ich habe gestern nichts gemacht, weil ich überhaupt keinen Antrieb hatte“, „Ich musste rauslaufen, weil ich so eine Panik hatte“, „Ich habe nicht genug Selbstvertrauen, um diesen Job zu übernehmen“, „Es hat keinen Zweck, ich kann das nicht“). Tatsächlich haben die Wissenschaften, die sich mit dem Verhalten beschäftigen, diese Laienpsychologie zum großen Teil übernommen. Anders zu denken hat dem verhaltensanalytischen Ansatz immer schon erhebliche Akzeptanzprobleme bereitet (O'Donohue et al., 1998). RFT und ACT gehen davon aus, dass Erklärungen von Verhaltensweisen durch andere Verhaltensweisen keine wirklich brauchbaren Erklärungen sind. Vielmehr gehe es darum, Bedingungen in der äußeren Umwelt aufzuspüren, welche die Beziehungen zwischen Verhaltensweisen erklären können. Denn nur Variablen in der Umwelt können wir direkt beeinflussen (Hayes und Brownstein, 1986; Hayes und Hayes, 1992).

In welchem Ausmaß Patienten im Kontext des Begründens gefangen sind, lässt sich unmittelbar beobachten. Es gilt nur

das Augenmerk auf Begründungen und Rechtfertigungen zu richten. Addis und Jacobson (1996) haben übrigens gezeigt, dass depressive Patienten, die „gute Gründe“ für ihre Depression liefern konnten, schwerer zu behandeln sind als andere.

Gegenwertsvergeßlichkeit und Unachtsamkeit

Mit dem Prozess der Transformation von Reizfunktionen beschreibt die RFT operante Prozesse („höherer Ordnung,“ wenn man so will), die auf jene operanten Prozesse wirken, die sich auf den unmittelbaren Kontakt zu den Ereignissen in der äußeren und inneren Umgebung beziehen. Je nach Art der Bezugsrahmung können sie die Wirkungen unmittelbar erlebter Ereignisse verändern. Butter und Eier, die sonst zum Zugreifen eingeladen haben, werden nach dem Hinweis auf ihren Cholesteringehalt und der damit verbundenen Herzinfarktgefahr, plötzlich gemieden. Ein Lob verwandelt sich unter dem Gedanken, was die lobende Person wohl damit erreichen will, in einen Anlass zu Misstrauen. Ein freudiges Ereignis löst bei dem Gedanken an das Elend anderer Menschen ein schlechtes Gewissen aus.

Unter diesen Bedingungen bezieht sich unser Verhalten oft nicht mehr auf das, was wir gerade hier und jetzt erleben, sondern wird durch die unser Denken beherrschenden abgeleiteten Reizbeziehungen aus der Gegenwart weg in Vergangenheit, Zukunft und an andere Orte als das Hier gezogen. Klinische Beispiele sind in die Zukunft gerichtete Sorgen bei der generalisierten Angststörung, Grübeln über die Vergangenheit bei Depressionen oder wenn jemand die freundlichen Avancen einer Person ablehnt, weil sie ihn früher einmal verletzt hat. Bezugnehmen unter beliebiger Kontextkontrolle führt auf solche Weisen zu einem Verlust an Kontakt mit aktuellen Kontingenzen.

Gegenwertsvergeßlichkeit besteht auch, wenn Patient und Therapeut über Dinge außerhalb des Behandlungsraumes reden, ohne sich bewusst zu sein, dass sie genau das gerade tun. Man redet über „dann und dort“, man redet mit Bedeutung und „verstehst“ – und schafft so den Kontext der Wörtlichkeit/kognitiven Fusion, der die Beziehungen zwischen subjektiven Beschwerden, Gedanken und entsprechenden Handlungsmustern unterstützt.

Unachtsamkeit ist ein klinisches Phänomen, in dem die durch Regeln und Regelfolgen erzeugte Rigidität auch im therapeutischen Setting zum Ausdruck kommt. Wir können die von Instruktionen erzeugte Unempfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen oft direkt beobachten. Etwa wenn ein Patient monologisierend erzählt und nicht mitbekommt, dass der Therapeut schon seit geraumer Zeit versucht, sich einzuklinken oder sich innerlich abgewandt hat. So etwas wird oft durch Pliance unterstützt, wenn nämlich Regeln aufgrund sozialer Konsequenzen und nicht der tatsächlich erlebten Erfahrungen befolgt werden. Etwa wenn ein Patient der Meinung ist (d.h. die Regel befolgt), dass man in einer Therapie möglichst viel von sich erzählen müsse, damit alles einmal „rauskommt“. Das macht dann auch die Rigidität „verkopften“ Verhaltens aus. Möglicherweise lassen sich auch bestimmte Formen von Bewusstseinsengung als Unachtsamkeit in diesem Sinne verstehen; es wird alles ausgeblendet, was nichts mit der Vermeidung von Leiden und Beschwerden zu tun hat.

Andererseits entgeht dem Therapeuten vielleicht, dass das Patientenverhalten multipel determiniert ist. Gegenwertsbewusstsein (=Achtsamkeit) würde Fragen auftauchen lassen wie: „Zu welchem Zweck erzählt mir das der Patient gerade jetzt? Welche Funktion hat es, dass es ihm gerade jetzt gut geht und er dies sagt? Welche Regeln steuern ihn?“ und so weiter. (Erwartungen können hier aus verhaltensanalytischer Sicht als quasidiskriminative Hinweise auf bestimmte verstärkende Verhaltensweisen des Therapeuten verstanden werden, die ein problematisches Patientenverhalten veranlassen, dass der Therapeut konventionell, so wie es der Patient in der Vergangenheit erfahren hat, oder aber in einer ungewöhnlichen Weise beantworten kann. Tut er ersteres, so werden Erwartungen und Problemverhalten verstärkt; antwortet er in einer unerwarteten Weise, kann dies eine Schwächung der Erwartungen und des Problemverhaltens bewirken. Hinweise auf die Funktion erkennt der Therapeut oft durch achtsame Beobachtung seiner eigenen inneren Reaktionen. Nur wenn er diese achtsam registriert, hat er die freie Wahl, sie auszuagieren und sich damit dem Patienten gegenüber so zu verhalten wie alle anderen oder ein Antwortverhalten auszuführen, das den Patienten mit einer neuen Erfahrung in Kontakt bringt.)

Gegenwertsvergeßlichkeit findet sich nicht nur bei rigidem, sondern auch bei impulsivem Verhalten. Denn eine impulsiv handelnde Person, zum Beispiel mit einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS), „vergisst“ angesichts unmittelbarer äußerer Reize, welche längerfristigen Ziele sie erreichen wollte. Diese Ziele sind im Moment der Ablenkung nicht gegenwärtig. In funktional ähnlicher Weise vergessen auch Patienten mit Ängsten oder Depressionen ihre eigentlichen Ziele. Sie handeln insofern ebenfalls impulsiv, weil die augenblickliche emotionale Erleichterung wichtiger wird, als im Supermarkt zu bleiben und die fehlenden Nudeln einzukaufen oder trotz des Gefühls der Anstrengung aus dem Bett aufzustehen. Speziell bei der ADS vermeiden Patienten häufig Gefühle von Langeweile und Monotonie. Längerfristige und zumindest in sprachlichen Äußerungen durchaus wertgeschätzte Ziele werden im Zuge der Erlebnisvermeidung aus den Augen verloren (vgl. Wilson und Blackledge, 2000).

Überzeugtheit und Rechthaben

Kognitive Fusion (als Prozess und als Kontext) und Pliance führen gemeinsam mit der „Kohärenzkraft“ zu Überzeugtheit und Rechthaben. Auch dies sind klinisch erfassbare Verhaltensweisen, und es dürfte eine interessante Forschungsfrage sein, ob sich beispielsweise Beziehungen zwischen kognitiver Fusion als Umweltvariable und Überzeugtheit als Personvariable nachweisen lassen. Das Ausmaß, mit dem ein Patient von einer Aussage überzeugt ist, zeigt sich zum Beispiel im „Brustton der Überzeugung“, in der Beharrlichkeit und in verbalen Qualifikatoren, mit der er auf einer Annahme besteht („Nein, Herr Doktor, ich denke nicht nur, dass mein Nachbar ein Saukerl ist, er ist wirklich und wahrhaftig einer; ich kann es Ihnen versichern; ich bilde mir da nichts ein“). Recht haben setzt in der Regel feste Überzeugungen voraus. Darüber hinaus zeigt es funktionale Ähnlichkeiten zum Gehorsam (pliance). Auch beim Rechthaben wird die Übereinstimmung zwischen einer Regel/Auffassung und dem, was

man selbst oder andere tun, wichtiger als die Konsequenzen des Handelns. Das kommt in der Redewendung zum Ausdruck „auf seinem Recht bestehen, koste es, was es wolle“. An dieser Stelle sei auf eine randomisierte kontrollierte Studie hingewiesen, bei der ACT zur Behandlung psychotischer Patienten angewandt wurde (Bach und Hayes, 2002). Neben einer drastischen Reduktion der Rückfallquote zeigte sich, dass ACT-Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine größere Bereitschaft zeigten, über ihre Symptome zu sprechen, und gleichzeitig die Überzeugtheit (believability; z.B. bezüglich der Inhalte von Stimmen) deutlich zurückging.

Mangel an Beharrungsvermögen und Sinnlosigkeit

Impulsivität als Verhaltensexzess lässt sich auch als Defizit an Beharrungsvermögen auffassen. Auch wenn es oft den Anschein hat, dass Exzesse und Defizite bloß zwei Seiten derselben Medaille sind, zeigt sich an diesem Beispiel, dass ihre Unterscheidung auf therapeutisch wichtige funktionale Unterschiede hinweisen kann. Das Defizit an Beharrungsvermögen hat oft etwas damit zu tun, dass Werte, Ziele und zielbezogene Handlungen nicht klar genug formuliert wurden (d.h. „nicht bewusst“ sind) und es deshalb nicht zu einer „motivierenden“ Transformation von Reizfunktionen gekommen ist. Es ist dies ein Beispiel für einen Mangel an kognitiver Fusion als Prozess. Wenn das Verhalten einer Person fast ausschließlich durch Vermeiden aversiver Situationen und innerer Zustände gekennzeichnet ist, wird es daher nicht nur als wie unter Zwang ausgeführt erlebt, sondern außerdem als richtungslos und sinnlos.

Da Gefühle nicht wirklich gut zu kontrollieren sind (wenn sie es wären, gäbe es vermutlich keine zu behandelnden Patienten), bewegt sich der Emotionsvermeider wie ein Grashalm im Wind. Das wird ebenfalls als Richtungs- und Sinnlosigkeit erlebt. Ähnlich ist es mit verbalen Konstruktionen (z.B. externe Kontrollattributionen), in denen der Ich-Akteur sich selbst vernachlässigt und nur als Spielball äußerer Mächte auftritt, deren Einflüsse er, so gut es geht, zu vermeiden trachtet. Entsprechenden Patienten fällt es oft außerordentlich schwer, überhaupt noch wertvolle Ziele für sich zu formulieren.

Häufig scheint die Vermeidung von persönlichen Wert- und Zielformulierungen (deren „Unbewusst“-Bleiben) Teil des Repertoires der Erlebnisvermeidung zu sein. Stellen Sie sich einen Vater vor, der es vermeidet, sich über die Beziehung zu seiner erwachsenen Tochter Gedanken zu machen. Es ist wahrscheinlich, dass die Tochter in ein reiches Netzwerk verbalen Verhaltens eingewoben ist, in dem es vielleicht um Heirat, Enkel, die eigene Scheidung und andere sowohl schmerzliche als auch schmerzlich vermisste Ereignisse geht. An sie zu denken würde wegen der wechselseitigen Transformation von Reizfunktionen auch schmerzliches Erleben auf den Tisch bringen. Das wird durch die Unterlassung der Wertformulierung („Meine Tochter ist mir wichtig“) schon im Keim erstickt. Eine solche Formulierung würde außerdem sofort zu einem Maßstab für das aktuelle Handeln und die Frage aufwerfen: „Was tue ich in dieser Hinsicht?“ Gedanken an ein wünschenswertes Ziel können unmittelbar Gedanken an das Nichterreichen des Ziels und an Versagen hervorrufen (Bezugsrahmen der Opposition) und daraus abgeleitet das entsprechend ängstliche

Verhalten bedingen. Am Ende wird das Ziel mit der Begründung: „Es hat ja sowieso keinen Zweck, ich schaffe das nie“, aufgegeben – all das in den Kontexten kognitiver Fusion, Bewertung, Erlebnisvermeidung und Begründung. Zusammengefasst ist Erlebnisvermeidung eine impulsive Strategie, die auf kurzfristige Ergebnisse ausgerichtet ist und nicht auf langfristige Lebensziele. Lebensgeschichten, die seit langem von dem Kampf gegen Schmerz, Depression und Angst gekennzeichnet sind, gehen dementsprechend oft mit einem Mangel an Sinnerleben einher.

Klinische Strategien

Die kognitive Therapie versucht, automatische Gedanken, Attributionen, Schemata und Emotionen auf der Ebene des Inhalts zu verändern. Negative Kognitionen werden hinterfragt, auf irrationale Entstehungsbedingungen untersucht und durch rationalere Annahmen und positivere Kognitionen ersetzt. Positive Gefühle sollen an die Stelle von negativen Gefühlen treten. Ein negatives inhaltliches Selbstkonzept soll in ein positives umgewandelt werden. Das Problem mit diesen Korrekturen auf der Inhaltsebene ist, dass sie aufgrund ironischer Prozesse in paradoxe Ergebnisse einmünden können. Das hat die experimentelle Forschung zur Gedanken- und Emotions-Suppression gezeigt (Wegner et al., 1987). Zwangsgedanken sind ein paradigmatisches Beispiel. Je mehr man einen Gedanken loszuwerden versucht, umso mehr hat man ihn. Außerdem baut die kognitive Therapie genau auf jenem System logischer verbaler Prozesse und Regeln auf, das ACT zufolge die Probleme ursprünglich hervorgerufen hat. Das kann dazu führen, dass sie die Strategien der Erlebnisvermeidung und der Kontrolle innerer Erlebnisse eher festigt. ACT geht einen anderen Weg und hat andere Ziele. Da nach den ACT zugrunde liegenden theoretischen Überlegungen normale und durchaus „rationale“ sprachliche Prozesse in großem Umfang für menschliche Probleme verantwortlich sind, ist es folgerichtig, sich in der Therapie nicht zu sehr auf rationale Sprache zu stützen. Deshalb wird in ACT ausgiebig mit Metaphern, natürlichen Paradoxien, erlebnisorientierten Übungen und einer radikal funktionalen Sprechweise gearbeitet. Der ACT-Therapeut macht die sozioverbalen Kontextbedingungen erlebbar, in die unser Verhalten eingebettet ist, und versucht sie zu unterlaufen. Es geht um die Auflösung der Bindung an Regeln und Selbstbildannahmen und das Training von Fähigkeiten, die Kontrolle unangenehmer und schmerzlicher Gefühle unterlassen zu können. All dies geschieht nicht zum Selbstzweck. Das Ziel dieses Unternehmens ist, den Umgang des Patienten mit diesen Kontextbedingungen zu flexibilisieren, um ein freies und vitales Leben zu führen, das nicht durch die Flucht vor inneren und äußeren Zwängen, sondern durch das Verfolgen persönlicher Werte und Ziele gekennzeichnet ist.

Metaphern

Es ist problematisch, wenn Patienten Äußerungen von Therapeuten als starre Regeln verstehen und versuchen, ihnen „gehorsam“ zu folgen. Solches Regelfolgen engt den Verhaltensspielraum eher ein, als dass es zu mehr Flexibilität und Offenheit gegenüber Erfahrung führt.

Aus diesem Grund spielen Metaphern in ACT eine große Rolle. Sie erlauben es, ohne direkte Instruktion und die Gefahr von Pliance Probleme aufzuzeigen und Lösungen anzudeuten. Außerdem veranlassen sie eine eher sinnliche Bezugnahme und sind deshalb mehr wie Bilder, was sie wiederum gut erinnerlich macht.

Natürliche Paradoxien

Hinweise auf natürliche Paradoxien verdeutlichen funktionale Widersprüche innerhalb der Sprache. Sie sollen helfen, die automatischen Wirkungen sprachlicher Prozesse und Inhalte in solchen Kontexten zu untergraben, in denen diese Wirkungen schädlich sind. Natürliche Paradoxien unterscheiden sich von den konstruierten therapeutischen Paradoxien der systemischen Verfahren vor allem dadurch, dass sie Pliance vermeiden. Konstruierte Paradoxien wie die an einen rebellischen jungen Mann („Gehorchen Sie mir nicht“) fördern Pliance, denn auch im Gegengehorsam steckt Gehorsam. Natürliche Paradoxien sind funktional als Anweisungen oder Regeln definiert, die etwas fordern, das nicht durch eine Regel gesteuert werden kann; wie es zum Beispiel in Aussagen zum Ausdruck kommt wie „Seien Sie doch mal spontan“ oder „Sie müssen Ihre Gefühle mehr akzeptieren“.

Erlebnisorientierte Übungen

Erlebnisorientierte Übungen ermöglichen es, in dem sicheren Umfeld der therapeutischen Situation mit schwierigem Erleben, das ansonsten Flucht und Vermeidung auslöst, in Berührung zu kommen. Die damit verbundene „korrektive“ Erfahrung ist aus einer ACT-Perspektive allerdings nicht in einer Veränderung kognitiven Inhalts zu sehen. Erlebnisorientierte Übungen wie emotionale Exposition werden vielmehr als Mittel betrachtet, schwieriges Erleben zu beobachten und zu untersuchen, um auf diese Weise die erworbenen Beziehungen zwischen Empfindungen, Gedanken und Handlungen aufzuweichen. Ihre starre Verknüpfung („Ich halte das nicht aus“ → Weglaufen; Herzklopfen → Weglaufen; Müdigkeit → Inaktivität; „Ich schaffe das nicht“ → Inaktivität) wird flexibilisiert.

Radikal funktionale Sprechweise

Verbales Verhalten steht im Dienst unterschiedlicher Funktionen. Keinesfalls hat es nur die Funktion „wahrheitsgemäß“ über Sachverhalte Auskunft zu geben. Das unmittelbare Verhalten des Hörers gegenüber dem Sprecher, Regeln und Erwartungen des Sprechers, die innere Kohärenz von Aussagen und Berichten sind weitere Determinanten im therapeutischen Dialog. ACT adressiert sie je nach Bedarf genauso direkt wie den Kontext der kognitiven Fusion. Ein Beispiel ist die Frage an den Patienten: „Zu welchem Zweck erzählen Sie mir das?“ Ein weiteres Beispiel im Hinblick auf die innere Kohärenz seiner erzählten Lebensgeschichte könnte in der Aufforderung des Patienten bestehen, diese Geschichte ab einem bestimmten Punkt ganz anders zu erzählen.

Pragmatisches Ziel einer radikal funktionalen Sprechweise ist es, die festgefügt bezugnehmenden Verhaltensmuster, die sich im Zuge der Entwicklung relationaler Netzwerke gebildet haben, wieder aufzuweichen und zu verflüssigen. Die

Strategie ist hierbei eine völlig andere als in der kognitiven Therapie. ACT-Therapeuten betrachten sich als Teil der Umwelt des Patienten und haben genau dadurch die Möglichkeit, die Umwelt (d.h. die oben genannten sozioverbalen Kontexte) zu verändern, in der sie die wesentlichen Ursachen für psychische Störungen sehen (soweit es sich um Störungen aufgrund von Erlebnisvermeidung handelt). Während zum Beispiel das Ausmaß, mit der an Überzeugungen festgehalten wird, in ACT ein Ergebnis beeinflussbarer äußerer Bedingungen ist, wird es in der kognitiven Therapie mit höherstufigen Meta-Überzeugungen bzw. metakognitiven Prozessen innerhalb der Person erklärt (z.B. Wells, 1997).

Komponenten der Akzeptanz- und Commitment-Therapie

ACT ist weder eine traditionelle Verhaltenstherapie, noch eine kognitive Therapie, noch eine psychodynamische oder humanistische Therapie. ACT versucht, die sowohl innerhalb als auch zwischen diesen Traditionen bestehenden Widersprüche aufzunehmen und aufzulösen. Es kann als ein besonderes Merkmal von ACT gelten, dass der philosophischen und theoretischen Standortbestimmung von Anfang an ebenso viel Bedeutung zugemessen wurde wie der Entwicklung der therapeutischen Technologie (Hayes et al., 2004c).

ACT lässt sich anhand von sechs Behandlungskomponenten beschreiben:

1. Akzeptanz und Bereitwilligkeit
2. kognitive Defusion
3. Achtsamkeit
4. Selbst-als-Kontext
5. Wertschätzen
6. engagiertes Handeln (Commitment)

Alle Komponenten sind eng aufeinander bezogen. Akzeptanz, kognitive Defusion, Achtsamkeit und Selbst-als-Kontext bilden zusammen den Akzeptanz-Pol des Ansatzes. Achtsamkeit, Selbst-als-Kontext, Wertschätzen und engagiertes Handeln lassen sich zum Commitment-Pol zusammenfassen. Was aus der Perspektive des Therapeuten Behandlungskomponenten sind, lässt sich aus der Perspektive des Patienten als Fertigkeiten (skills) betrachten. Wie in der VT schon lange bekannt ist, reicht es nicht, den Patienten zu instruieren und ihm Dinge zu erklären. Fertigkeiten werden durch Erfahrung und Training geformt. ACT definiert neue, klinisch relevante Fertigkeiten und stellt Techniken bereit, diese Fertigkeiten zu trainieren.

Die Behandlungskomponenten sind keiner festen Reihenfolge in verschiedenen Therapiephasen zugeordnet. Zwar entbehrt die hier wie auch im ACT-Manual (Hayes et al., 2004e) gewählte Reihenfolge nicht einer gewissen Funktionalität, doch tauchen oft alle Behandlungskomponenten in ein und derselben Sitzung auf, da sie in ihrer Wirkung eng miteinander verschränkt sind. So setzt die Fähigkeit zur Akzeptanz oft Defusion voraus und Defusion wiederum Achtsamkeit gegenüber dem, was entwürflicht werden soll. Das Loslassen von Selbstbildannahmen (Defusion) setzt einen stabilen Standort voraus (das Selbst-als-Kontext), von dem aus das geschehen kann. Die Formulierung von Werten setzt voraus, sowohl so-

ziale Normen als auch Selbstbildannahmen loszulassen (Defusion), um das Risiko zu reduzieren, dass die Werte nur Ausdruck sozialer Erwünschtheit oder in verbalen Netzwerken verknöcherte Erfahrungen der Vergangenheit sind. Um sich dann beherzt für die eigenen Werte und Ziele einzusetzen, ist wiederum die Fähigkeit zur Akzeptanz unerwünschter und schmerzlicher Gefühle erforderlich.

Akzeptanz: Den Kampf gegen das eigene Erleben bereitwillig aufgeben

Gehen wir noch einmal zu der in der Einleitung beschriebenen Ausgangssituation zurück. Nehmen wir an, dass der Patient schon, bevor er in die Therapie kam, alles versucht hat, um seine Beschwerden und sein Leiden loszuwerden. Er hat Situationen vermieden oder sich ihnen bewusst ausgesetzt, sich ins Bett zurückgezogen oder Sport getrieben, Alkohol getrunken, Tabletten eingenommen oder Abstinenz geübt, Gedanken verdrängt, Gefühle unterdrückt oder ausgelebt, mit Freunden gesprochen, einen Arzt aufgesucht, sich vom Heilpraktiker beraten lassen, seine Frau und Kinder angeschrien und was es sonst noch alles geben mag. Außerdem hat er intensiv versucht, sein Problem zu verstehen, hat nach Erklärungen gesucht, hat gegrübelt, hat sich gefragt: „Warum habe ich das?“ Er hat Bücher gelesen, sich Ratgebersendungen im Fernsehen angeschaut und so weiter.

Vieles davon haben Sie vermutlich in ähnlicher Weise im Rahmen Ihrer therapeutischen Aktivitäten auch getan. Insbesondere haben Sie sich möglicherweise bemüht, das Problem des Patienten **theoretisch** zu verstehen. Schließlich verlangt das ja auch der Bericht an den Gutachter. Deshalb haben Sie sich die Lebensgeschichte schildern lassen, Symptome erfragt und psychopathologische Befunde erhoben – im Zeitverlauf und in Bezug auf bestimmte Situationen. Sie haben das Interaktionsverhalten des Patienten in der therapeutischen Situation beobachtet, Tests durchgeführt, Fragebogen ausgewertet und schließlich ein zusammenfassendes, hypothetisches Störungsmodell entwickelt, um das problematische Verhalten (im Nachhinein!) zu verstehen. All das hat jedoch Ihrem Patienten nicht geholfen.

Was wäre, wenn diese – scheinbar hoffnungslose – Situation eine Ressource wäre?! Wenn sie eine an uns und den Patienten gerichtete Botschaft enthält, die bisher nicht verbal ist und deshalb von verbalen Regeln, was mit negativen Gefühlen zu tun ist, dominiert wird?

Oft – wenn auch nicht immer – beginnt eine Akzeptanz- und Commitment-Therapie genau hier. Zunächst erfassen wir Symptome und Beschwerden, erheben Anamnese und psychischen Befund. Dann machen wir mit dem Patienten eine Bestandsaufnahme, was er schon alles unternommen hat, um seine Beschwerden loszuwerden bzw. sein Problem zu lösen. Dabei fragen wir immer wieder nach der **Funktionsstüchtigkeit**, d.h., was das Ergebnis war und wie die verschiedenen Lösungsversuche funktioniert haben. Schließlich können wir die Erfahrung des Patienten (und vielleicht auch unsere eigene) durchaus im Sinne der Ressourcenorientierung zum Beispiel in der folgenden Metapher vom Mensch im Loch zusammenfassen.

„Vielleicht ist Ihre Situation ungefähr wie diese. Stellen Sie sich vor, man hat Sie mit verbundenen Augen [eine Metapher für das, was uns alles nicht bewusst ist] auf einem weiten Feld ausgesetzt und Ihnen eine Werkzeugtasche in die Hand gedrückt. ‚So jetzt laufen Sie mal hier so rum‘, hat man Ihnen gesagt, ‚das ist Ihr Leben‘. Und Sie tun, was man Ihnen gesagt hat. Was man Ihnen nicht mitgeteilt hat, ist, dass sich auf diesem Feld ziemlich viele, tiefe Löcher befinden. So laufen also so herum und fallen früher oder später in so ein Loch [die hier implizierte Zufälligkeit soll sowohl die Unausweichlichkeit als auch die Annahme, dass der Patient persönlich nicht „schuld“ ist, wenn er in ein Loch fällt, vermitteln]. Sie tasten es ab und können doch tatsächlich nicht herausklettern. Sie finden keine Fluchtmöglichkeiten.

In so einer Zwangslage würden Sie wahrscheinlich die Werkzeugtasche [Metapher für den Verstand] zur Hand zu nehmen und nachsehen, was da drin ist. Vielleicht gibt es etwas, das Sie benutzen können, um aus dem Loch herauszukommen. Nehmen Sie an, dass das einzige Werkzeug in der Tasche eine Schaufel ist [Metapher für das Beseitigungsmodell des Problemlösens]. Also fangen Sie gehorsam [Metapher für das Befolgen von Regeln] an zu graben. Aber schon bald erkennen Sie, dass Sie aus dem Loch nicht herauskommen. Also versuchen Sie, schneller und schneller zu graben. Aber Sie befinden sich immer noch im Loch. Deshalb versuchen Sie es damit, viel Dreck auf die Schaufel zu laden oder wenig, oder Sie werfen den Dreck weit weg oder nicht [Metaphern für die verschiedenen Problemlöseversuche]. Aber noch immer sitzen Sie in dem Loch. Trotz dieser ganzen Anstrengung und trotz dieser ganzen Arbeit ist das Loch seltsamerweise immer nur größer und größer geworden. Ist das nicht Ihre Erfahrung?

So kommen Sie nun also zu mir und denken: ‚Vielleicht hat er eine wirklich riesengroße Schaufel, eine vergoldete Motorschaufel oder einen Bagger.‘ Nun, ich habe keine. Und selbst wenn ich eine hätte, würde ich sie nicht benutzen, weil Graben kein Weg ist, aus einem Loch zu kommen. Durch Graben entstehen Löcher. Was wäre, wenn dieser ganze Plan hoffnungslos ist. Nicht Sie, sondern der Plan. Sie können sich keinen Weg nach draußen graben, damit graben Sie sich geradewegs weiter hinein.“ (modifiziert nach Hayes et al., 2004e, S. 107 f)

Metaphern wie diese dienen der Erzeugung **kreativer Hoffnungslosigkeit**. Alle vom Patienten bereits ausprobierten Strategien, seine Beschwerden loszuwerden, werden untersucht. Dazu gehören auch diejenigen, die unmittelbar in den therapeutischen Sitzungen zur Beobachtung kommen. Wie zum Beispiel Selbstvorwürfe, Vorwürfe an andere, Verleugnen oder „Ich weiß nicht“. Solche Äußerungen kann der Therapeut mit der Frage beantworten: „Und was hat Ihnen das für die Lösung Ihres Problems gebracht?“ Der Patient muss, bildlich gesprochen, die Schaufel erst aus der Hand legen, bevor er zu anderem bereit ist; solange er an der Schaufel festhält, sind seine Hände gebunden. Er soll die Hoffnung aufgeben, dass er durch den Kampf gegen sein Innenleben vorankommen kann.

An dieser Stelle sei ein Hinweis auf ein mögliches Missverständnis der Worte „Akzeptanz“ und „Akzeptieren“ erlaubt. „Akzeptieren“ hört sich nach einer Aktivität an, nach etwas

das der Patient tut. Genau genommen geht es jedoch nicht darum, etwas zu tun. Es geht darum, die Kontrollbemühungen gegenüber Gefühlen und anderen inneren Erlebnissen aufzugeben; es geht um die **Bereitwilligkeit**, alle Vermeidungsmanöver zu unterlassen.

Wesentlich ist, mit dem Patienten herauszuarbeiten, dass er nach einem bestimmten Plan vorgegangen ist und dass dieser Plan im Umgang mit vielen Problemen außerordentlich vernünftig ist. Der Patient ist nicht „kaputt“ oder „krank,“ er denkt auch nicht falsch, sondern er wendet Strategien an, die in diesem Anwendungsbereich **funktionsuntüchtig** sind. Die Wahl des „Problemlösens durch Beseitigen“ geschieht nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer weit verbreiteten mechanistischen Theorie der Psyche bzw. des Verhaltens. Danach sind mentale Ereignisse, mit denen Handlungen und andere Verhaltensweisen begründet werden, eben auch Ursachen von Handlungen und anderen Verhaltensweisen. Wir sagen zum Beispiel: Er ist geflüchtet, weil er Angst hatte; er schreit, weil er Schmerzen hat; aus Wut hat er zugeschlagen; sie hat sich geritzt, um Spannung zu reduzieren; sie zieht sich wegen ihres geringen Selbstwertgefühls zurück. Versuche, unangenehme subjektive Erlebnisse zu kontrollieren und zu beseitigen, sind kein persönliches Fehlverhalten oder Versagen. Wir alle werden durch die Natur der Sprache in den Strudel der Erlebnisvermeidung hineingezogen. Das lässt sich mit dem Patienten anhand von Redewendungen, Sprichwörtern und persönlich erfahrenen Instruktionen herausarbeiten. Zu diesem Zweck habe ich in den Anamnesebogen, den ich in meiner Praxis verwende, eine Frage nach Lebensregeln und Mottos der Eltern eingefügt.

Wie mechanistisch unser Denken in Bezug auf Verhalten tatsächlich ist, zeigt sich sowohl in der Alltagssprache als auch in fachwissenschaftlichen Konzepten. Es heißt: „Der hat ja wohl ein Rad ab“, „Die tickt ja nicht richtig“ oder „Der hat eine Schraube locker“. In Fachkreisen wird von einem „Bauplan für eine Seele“ (Dörner, 1999) oder einer „Seelenmaschine“ (Churchland, 2001) gesprochen. Solche Konstruktionen legen auch mechanistische Therapiekonzepte nahe:

- Die Angst muss abgebaut werden, damit das Fluchtverhalten verschwindet
- Die Schmerzen müssen vermindert werden, damit er nicht mehr schreit
- Die Wut muss bearbeitet werden, damit das aggressive Verhalten aufhört
- Spannung muss reduziert werden, damit sie sich nicht mehr ritzt
- Das Selbstwertgefühl muss verbessert werden, damit jemand wieder unter die Leute geht

Aus einer ACT-Perspektive erhöhen all diese Versuche, inneres Erleben zu verändern und bestimmte Erlebnisse zu beseitigen, in paradoxer Weise letztlich deren Bedeutung und Wirkung. Die übliche rationale Strategie des Problemlösens durch Beseitigung funktioniert in weiten Bereichen des Verhaltens nicht. Ich frage Patienten in diesem Zusammenhang häufig: „Wenn Sie die Angst (den Schmerz, diese Gedanken oder Ähnliches) als etwas auffassen, das Ihr Leben beeinträchtigt oder gar zerstört, geben Sie ihr dann mehr Bedeutung oder weniger?“ Das ist ebenfalls ein Schritt, um die Bereitwillig-

keit zu fördern, die auf Gefühlskontrolle gerichteten Anstrengungen aufzugeben. Weitere Schritte bestehen darin, dem Patienten die paradoxen Wirkungen von Kontrolle, die auf subjektive Erlebnisse gerichtet ist, **zu zeigen**, anstatt sie nur psychoedukativ zu erörtern. Dazu eignet sich eine Vielzahl von Metaphern und erlebnisorientierten Übungen wie etwa das Spiel „Denken Sie nicht an das, was ich jetzt sage, denken Sie nicht an rosarote Elefanten“. So werden unterschiedliche Erfahrungen mit emotionalen Kontrollstrategien oder Bereitwilligkeit in den Sitzungen direkt untersucht.

Immer wieder wird die Möglichkeit in den Raum gestellt, dass es vielleicht eine Alternative zur Erlebnisvermeidung gibt. Eine Alternative, die nicht auf der Logik des Beseitigungsmodells basiert und die der Patient nicht wissen oder logisch verstehen muss. Diese Alternative heißt Bereitwilligkeit. Ich persönlich ziehe den Begriff Bereitwilligkeit vor, da Akzeptieren im Deutschen neben der schon erwähnten Irreführung oft den Beigeschmack von Resignation hat - etwa wenn man sagt: „Dann muss ich es ja wohl akzeptieren.“ Bereitwilligkeit ist jedoch keine Rückzugsposition. Sie beinhaltet auch keine Umbewertung der bisher vermiedenen Gefühle ins Positive. Vielmehr geht es um eine Wahl, ein Erleben und ein Handeln, das jedoch eben nicht durch die Gefühle veranlasst wurde.

Im Hinblick auf die Fallkonzeptualisierung geht ACT wie andere Therapierichtungen auch (z.B. Greenberg und Paivio, 1997) übrigens nicht davon aus, dass etwa die Hauptbeschwerde, mit der sich ein Patient initial präsentiert, bereits dasjenige Erleben sein muss, das er hauptsächlich zu vermeiden sucht. Vielmehr kann ein solches Symptom, mit dem sich der Patient häufig und intensiv beschäftigt, selbst eine Vermeidungsfunktion haben und den Zweck erfüllen, andere noch schwerer zu ertragende oder bedrohlichere Gefühle zu „verdrängen.“ Abschließend sei noch einmal hervorgehoben, dass die hier ausschnittsweise vorgestellten Interventionsmöglichkeiten nicht auf rationale Einsicht abzielen. Vielmehr sind sie Teil eines umfassenden und längerfristig angelegten Trainings, das sich, um es mit Begriffen der Kognitionspsychologie zu sagen, eher auf die Veränderung impliziter Prozesse als expliziter Inhalte richtet. Allerdings gibt es Patienten, die intuitiv sehr schnell erfassen, worum es geht, und dementsprechend schon an diesem Punkt therapeutische Fortschritte machen.

Kognitive Verstrickungen entwirren

Die Unwilligkeit, bestimmte Gefühle, Gedanken oder körperliche Empfindungen zu erleben, beruht nicht bloß auf Vermeidungsregeln. Diese intensivieren das Meidungsverhalten nur. Die Vermeidungsregeln selbst sind Ausdruck grundlegender Prozesse, die das Wesen der Sprache ausmachen und die Beziehungen zwischen Bezeichnungen und Bezeichnetem hervorbringen. Durch diese Prozesse werden beliebige Ereignisse wie Worte, Gedanken oder Körperempfindungen zu Zeichen und Symbolen, von denen wir sagen, dass sie etwas repräsentieren, bedeuten, für etwas stehen. Aus einer verhaltensanalytischen Perspektive sagen wir, dass diese beliebigen Ereignisse Reizfunktionen übernommen haben, die denjenigen Dingen, Personen oder Ereignissen, mit denen sie in Beziehung gebracht wurden, entsprechen. Dazu ein Beispiel.

Was taucht bei Ihnen auf, wenn Sie das folgende Wort lesen:

ZITRONE? Jede Leserin, jeder Leser wird vermutlich etwas anders auf diesen Reiz, diese eigentümlichen Striche aus Tinte auf Papier, die rein gar keine Ähnlichkeit mit einer realen Zitrone haben, antworten. Als vermutlich deutsche Leserin oder Leser wissen Sie dennoch sofort, um was für ein Ding es geht. Vielleicht taucht das Bild einer Zitrone auf: gelb, rund im Querschnitt und oval im Längsschnitt; vielleicht haben Sie schon einmal in eine sehr saure Zitrone hineingebissen, und Sie spüren jetzt wieder diese Säueris im Mund und verziehen das Gesicht; oder vielleicht kommen sehr spezielle und persönliche Erinnerungen hoch, in denen eine Zitrone eine Rolle spielte. Wie dem auch sei, dieses geschriebene Wort, das keinerlei formale Ähnlichkeit mit einer echten Zitrone hat, hat offensichtlich perzeptive oder andere Reizfunktionen übernommen, die denen einer echten Zitrone entsprechen.

In derselben Weise können Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen auf dem Weg über verbale Netzwerke Reizfunktionen erwerben, auf die unsere Patienten und wir selbst heftig reagieren können. Das meinen wir, wenn wir in ACT salopp davon sprechen, dass sich ein Gedanke, ein Gefühl oder eine Körperempfindung als etwas ausgeben, was sie gar nicht sind. So „behauptet“ der Gedanke „Das kann ich nicht“ ein Nichtkönnen und die Person, die so denkt, wird veranlasst, mit Inaktivität zu antworten. Oder das Gefühl der Angst behauptet von sich, gefährlich zu sein, so dass es zu Angst vor der Angst kommt, mit den entsprechenden Versuchen vor der eigenen Angst zu flüchten oder sie gar nicht erst aufkommen zu lassen. Mit anderen Worten, wenn solche subjektiven Erlebnisse ernst bzw. wörtlich genommen werden und mit den Ereignissen, mit denen sie in Beziehung gebracht wurden (die sie „repräsentieren“), verschmelzen, dann sprechen wir von **kognitiver Fusion**.

Kognitive Fusion gilt es, überall dort aufzulösen, wo sie wert- und zielbezogenem Handeln und damit einem vitalen Leben im Wege steht. Als Ergebnis werden Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen als das erlebt, was sie sind: nämlich Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen. Als solche kann der Patient sie beobachten und registrieren, muss aber nichts mehr mit ihnen machen. Er muss weder vor ihnen flüchten noch sie zu vermeiden trachten. Er kann vom Kampf mit ihnen ablassen, sie los- und stehen lassen, ohne sie inhaltlich verändern zu müssen. Angst und Schmerz müssen nicht mehr nachlassen und geringer werden, und „negative“ Gedanken brauchen nicht umstrukturiert zu werden.

In der Therapie wird die Möglichkeit in den Raum gestellt, dass es die „Bindung“ an die wörtliche Bedeutung bestimmter Erlebnisse ist, die dazu verleitet, Anstrengungen zu ihrer Beseitigung und Vermeidung zu unternehmen. Dadurch lenken sie von den eigentlichen Zielen des Lebens ab und werden zu Hindernissen effektiven Handelns. Bestimmte sprachliche Mittel, Metaphern und erlebnisorientierte Übungen dienen dazu, die Bindung aufzulösen und eine Trennung des Patienten von seiner verbal konzeptualisierten Erfahrung herbeizuführen. Zu diesem Zweck werden jene riskanten Eigenschaften der Sprache deutlich gemacht, die sich in dem uns umgebenden Kontext der kognitiven Fusion verstecken. Das, was der Patient verbal tut, wird zum Beispiel unmittelbar benannt; etwa wenn der Therapeut kommentierend fragt: „Was

war das gerade? – Eine Bewertung, Begründung, Erklärung?“ Der Therapeut achtet auch darauf, wenn der Patient versucht zu „verstehen“ und „Logik“ und „Verstand“ bemüht, und trainiert den Patienten darin, ebenfalls darauf zu achten.

Wie die Akzeptanz ist das Prinzip der **kognitiven Defusion** nicht neu, sondern schon Jahrtausende alt. Schon früh haben Menschen begonnen, die Macht der Sprache und die Gefahr, sich in ihr zu verstricken, einzudämmen. Dafür legen etwa die meditativen Techniken, die in allen großen Religionen – im Buddhismus, im Christentum die Mystik eines Meister Eckhardt, im Islam der Sufismus – beredt Zeugnis ab. Auch Aaron T. Beck, der Altmeister der kognitiven Therapie, schreibt im Hinblick auf die kognitiven Techniken der Reattribution und der alternativen Erklärungen in seinem Depressionsmanual:

One of the central advantages of these techniques is that the patient learns to „distance“ himself from his thoughts; that is, he begins to view his thoughts as psychological events“ (Beck et al., 1979, S. 157).

ACT betreibt diese Distanzierung in einer radikalen Weise (von „Radix“ abgeleitet, was so viel heißt wie „an die Wurzeln gehend“). Dem Patienten wird zum Beispiel gezeigt, wie bestimmte Kontextbedingungen des normalen kommunikativen Diskurses die übliche Wirkung von Worten konstituieren. So verändert sich die Wirkung eines Wortes, wenn es aus dem Kontext der gewohnten Konversation herausgelöst und zwei Minuten laut und möglichst schnell ausgesprochen wird. Oder ein negativer Gedanke kann ganz langsam, wie in Zeitlupe, oder mit einer hohen, quäkenden Stimme ausgesprochen werden, so dass ein Verfremdungseffekt entsteht.

Des Weiteren werden die Grenzen der Sprache aufgezeigt. So können Sie beispielsweise einen Stuhl mit Worten genau beschreiben, so dass der Patient sich den Stuhl in der Mitte des Zimmers vorstellen kann. Aber kann er auf der Beschreibung dieses Stuhls auch sitzen? Mit derselben Zielsetzung kann man natürliche Paradoxien aufzeigen. Sie bestehen aus einer Regel oder Anweisung, die etwas fordert, das man nicht durch eine Regel steuern kann, wie z.B. „Seien Sie spontan“. Die bereits erwähnte Frage nach dem Zweck einer Äußerung hat unter den passenden Umständen ebenfalls eine entwörtlichende Wirkung und weist auf versteckte Funktionen des Sprechens hin:

Therapeut: Am Ende unseres heutigen Gesprächs möchte ich Sie bitten zu überlegen, was Sie bereit sind, sich bis zu unserem nächsten Termin vorzunehmen. Ich möchte gern, dass Sie einen Vorsatz aussprechen und sich selbst ein Versprechen geben.

Patient: Keine Ahnung. Ich weiß nicht, was ich mir vornehmen soll.

Therapeut: Ah, interessant. Wozu sagen Sie das? Was ist der Zweck, wenn Sie sagen „Das weiß ich nicht?“ Kommt das öfter vor? Kennen Sie das, dass Sie zu sich selbst sagen, „Ich weiß auch nicht, was ich machen soll“. Welchen Zweck könnte das haben?

Hierbei geht es weniger darum, einen bestimmten, bisher impliziten Zweck explizit und damit „bewusst“ oder „einsichtig“ zu machen. Wichtiger sind zwei Dinge:

1. das Prinzip der Zweckgerichtetheit von Verhaltensweisen überhaupt anzusprechen und
2. anstatt die Aussage „Ich weiß nicht“ wörtlich zu nehmen und inhaltlich auf sie einzugehen, sie selbst zum Objekt der Betrachtung zu machen und auf ihre Funktion hin zu befragen.

Das entscheidende Ziel der Techniken zur kognitiven Defusion besteht darin, die Funktion (nicht den Inhalt) von subjektiven Erlebnissen zu verändern. ACT geht davon aus, dass Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen **keine** Ursachen von Handlungen und anderen Gedanken, Gefühlen oder Körperempfindungen sind. Wenn etwa Gedanken und Handlungen systematisch kovariieren, handelt es sich vielmehr um Verhaltens-Verhaltens-Beziehungen, die sich bestimmten verbalen Kontexten verdanken. Diese Kontexte sind unabhängige Umweltvariablen, die beeinflusst werden können. Negative Gedanken, die in Beziehung zu bestimmten Handlungsformen stehen, müssen deshalb nicht inhaltlich verändert werden. Es ist der Kontext, der verändert wird, da er die Beziehung stützt. Auf eine sehr direkte Weise wird das etwa in der folgenden Übung demonstriert: „Bitte heben Sie einmal den rechten Arm und bewegen Sie ihn rauf und runter. [Patient hebt den Arm und bewegt ihn rauf und runter.] Okay, das geht ja gut. Während Sie das jetzt weitertun, sagen oder denken Sie bitte fortlaufend: Das kann ich nicht, das kann ich nicht, das kann ich nicht . . .“

Die Metapher von den Fahrgästen im Bus verdeutlicht ebenfalls die mögliche Unabhängigkeit von inneren Erlebnissen und Handeln. Am liebsten lese ich sie Patienten wie eine kleine Geschichte vor.

„Nehmen wir an, da ist ein Bus und Sie sind der Fahrer. In diesem Bus befindet sich eine Gruppe von Fahrgästen. Die Fahrgäste sind Gedanken, Gefühle, körperliche Empfindungen, Erinnerungen und andere Aspekte des Erlebens. Einige von ihnen sind beängstigend. Sie sind in schwarze Lederjaken gekleidet, mit Klappmessern und Schlagstöcken bewaffnet und sehen echt gefährlich aus. Während Sie so dahinfahren, beginnen die Fahrgäste Sie zu bedrohen. Auf einmal sagen sie Ihnen, was Sie zu tun haben und wohin Sie zu fahren haben: ‚Sie müssen jetzt nach links fahren‘, ‚Sie müssen jetzt nach rechts fahren‘ usw. Die Drohung, die sie Ihnen gegenüber machen, ist folgende: Wenn Sie nicht tun, was die sagen, dann kommen die Fahrgäste aus dem hinteren Teil des Busses nach vorn und zeigen sich Ihnen. Es ist nun, als wenn Sie mit den Fahrgästen einen Kuhhandel machen würden. Der Kuhhandel lautet: ‚Sie bleiben hinten im Bus sitzen und halten sich ruhig, so dass ich Sie möglichst nicht sehen muss, und ich tue mein Bestes, wenn ich mache, was Sie von mir verlangen.‘

Was ist, wenn Sie das eines Tages leid sind und sagen: ‚Mir gefällt das nicht mehr! Ich werde diese Leute jetzt aus dem Bus werfen?‘ Sie halten also den Bus an und gehen nach hinten, um sich mit diesen widerlich aussehenden Fahrgästen zu befassen. Aber beachten Sie: das Allererste, was Sie tun

mussten, war, dass Sie den Bus angehalten haben und jetzt nirgendwo mehr hinfahren; Sie sind nur noch mit diesen Fahrgästen beschäftigt. Und die sind sehr stark. Die haben keine Lust, den Bus zu verlassen. Sie kämpfen mit Ihnen, aber wie es aussieht, nicht sehr erfolgreich. Eines Tages gehen Sie deshalb wieder dazu über, die Fahrgäste zu beruhigen und sie dazu zu bewegen, sich wieder hinten in den Bus zu setzen, wo Sie sie nicht sehen können. Das Problem mit diesem erneuten Kuhhandel ist wieder, dass Sie das tun, was die Fahrgäste fordern. Dafür halten die sich als Gegenleistung aus Ihrem Leben heraus. Sehr bald schon müssen die Ihnen allerdings nicht einmal mehr sagen: ‚Fahr nach links‘ – sobald Sie in die Nähe einer Linkskurve kommen, wissen Sie, dass die Fahrgäste über Sie herfallen werden. Mit der Zeit werden Sie in Ihrem vorausschauenden Gehorsam so gut, dass Sie sich fast einbilden können, dass die überhaupt nicht mehr im Bus sind. Sie sagen zu sich selbst, dass links sowieso die einzige Richtung ist, in die Sie fahren möchten. Wenn die Fahrgäste allerdings irgendwann wieder einmal auftauchen, tun sie das mit all der zusätzlich gewonnenen Macht, die sich aus dem Kuhhandel ergibt, den sie in der Vergangenheit mit Ihnen gemacht haben.

Der Witz bei der ganzen Sache ist, dass die Macht, die die Fahrgäste über Sie haben, sich zu 100% auf Folgendes gründet: ‚Wenn Sie nicht tun, was wir sagen, werden wir auftauchen; und wir zwingen Sie, uns anzusehen.‘ Das ist alles. Es stimmt, dass sie tatsächlich so aussehen, als wenn sie ‚ne Menge Unheil anrichten könnten, wenn sie vorn auftauchen. Sie haben Messer, Ketten, Schlagstöcke usw. Es sieht so aus, als könnten Sie zerstört werden. Der Kuhhandel, den Sie machen, besteht darin, das zu tun, was die sagen, bloß damit sie nicht auftauchen und sich neben Sie stellen und Sie zwingen, sie anzuschauen. Der Fahrer (also Sie) hat die Kontrolle über den Bus; aber Sie verspielen diese Kontrolle in dem Geheimabkommen mit den Fahrgästen. Mit anderen Worten: indem Sie versuchen, die Kontrolle zu bekommen, geben Sie tatsächlich die Kontrolle auf! Beachten Sie dabei, dass, obwohl die Fahrgäste behaupten, dass sie Sie zerstören könnten, wenn Sie nicht nach links fahren, dieses tatsächlich noch nie passiert ist. Diese Fahrgäste können Sie in Wirklichkeit gegen Ihren Willen zu nichts zwingen“ (nach Hayes et al., 2004e, S. 166 f.).

Für die Fallkonzeptualisierung ergeben sich bereits aus der Verhaltensbeobachtung (dem psychischen Befund) wichtige Hinweise auf die klinische Bedeutung kognitiver Fusion (Sonntag, 2004). Dazu gehören zum Beispiel:

- Aussagen, die im Brustton der Überzeugung gemacht werden und bei denen Rechthaben eine große Rolle spielt;
- ein enges Befolgen vorgegebener oder selbst generierter Regeln;
- die Überzeugung, dass Veränderung nicht wirklich möglich ist, in Verbindung mit einer entsprechenden Lebensgeschichte, die das scheinbar plausibel zu begründen vermag;
- Angst vor den vorgestellten Folgen einer substanziellen Veränderung;
- ein konzeptualisiertes Selbstbild, das durch Veränderungen in Gefahr geraten könnte; Überzeugungen und Be-

wertungen, wonach bisher geübte Vermeidungsstrategien doch gut funktioniert haben;

- soziale Unterstützung für Vermeidung und kognitive Fusion etwa durch Partner, Angehörige oder ein vorrangig auf Symptomreduktion eingestelltes Versorgungssystem, das etwa bei Schmerzpatienten nicht selten eine große Rolle spielt.

Achtsam sein

Gegen die beschriebene Gegenwartsvergessenheit richtet sich in ACT das Achtsamkeitstraining. Es trainiert den Patienten, mit den unmittelbar gegebenen inneren und äußeren Reizen in Kontakt zu kommen. Aus einer funktionalen Perspektive ist es dabei nicht erforderlich, spezifische Formen von Achtsamkeit zu propagieren (Hayes und Shenk, 2004). Dementsprechend ist Achtsamkeit in ACT nicht an Formen der Meditation gebunden wie bei der Achtsamkeits-basierten kognitiven Therapie (Segal et al., 2002).

Achtsamkeit ist eine Fertigkeit bzw. ein psychischer Prozess, der darin besteht,

1. das zu beobachten und zu registrieren, was im momentanen Augenblick gegenwärtig ist, und es
2. ohne Bewertungen und Beurteilungen zu benennen und zu beschreiben (siehe Übersicht bei Heidenreich und Michalak, 2003).

Beides zusammen konstituiert einen fortlaufenden Prozess von Selbstbewusstheit: Ich bin mir dessen bewusst, was ich bei mir selbst und in meiner Umgebung beobachte. Bewusstheit in einem menschlichen Sinne bedeutet hier, das Beobachtete verbalisieren: „Jetzt fühle ich Enttäuschung“, „Jetzt sehe ich meine Tochter“, „Jetzt denke ich, schade, dass wir heute nicht mehr Zeit füreinander haben“, „Bei dieser Aufgabe kommt mir der Gedanke, ‚Ich kann das nicht‘“ und so weiter.

Akzeptanz und kognitive Defusion stehen in enger Beziehung zu dieser dritten Komponente der Achtsamkeit. Mit bestimmten Gefühlen oder Gedanken kann ich nur dann offen und ohne Abwehr in Kontakt treten, wenn ich bereitwillig bin, diese inneren Erlebnisse anzuschauen und so in einem ersten Schritt Vermeidungsversuche unterlasse. Das wiederum setzt häufig voraus, dass ich sie als das nehmen kann, was sie sind, nämlich als innere Erlebnisse und nicht als etwas, was sie Kraft ihres verbalen Inhalts vorgeben zu sein, nämlich Gefahren und Bedrohungen. In der Therapie sind daher Achtsamkeit, Akzeptanz und kognitive Defusion oft gleichzeitig im Spiel, denn kognitive Fusion mit und Unwilligkeit gegenüber Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen stehen dem Achtsamsein im Wege. Umgekehrt liefert die Achtsamkeit überhaupt erst jene subjektiven Erlebnisse, an denen dann Akzeptanz und kognitive Defusion geübt werden können. Dazu ein Beispiel vom Beginn einer Therapiesitzung.

Therapeut: Wie fühlen Sie sich jetzt gerade?

Patient: Ich bin noch völlig im Stress und nervös. Ich glaube, ich kann mich noch gar nicht richtig konzentrieren. Ich hatte heute ziemlichen Ärger auf der Arbeit.

Therapeut: Sind Sie bereit, diese Gefühle und Gedanken, mit denen Sie jetzt hierher gekommen sind, etwas genauer anzuschauen?

Patient: Hm? – Na gut. In Ordnung.

Therapeut: Dann schließen Sie jetzt bitte die Augen und schauen sich einfach mal an, was in Ihnen vorgeht. Sie können es mir währenddessen mit Worten beschreiben. Achten Sie bitte zunächst auf Ihren Körper . . .

Eine solche Übung dient in ACT nicht nur der Vorbereitung auf die Sitzung. Vielmehr sind wir bereits mitten in der therapeutischen Arbeit. Der Patient achtet auf sein momentanes Erleben und beschreibt es. Es darf alles so bleiben, wie es ist. Spannung, Ärger oder negative Gedanken müssen nicht verändert werden. Der Patient macht die Erfahrung, dass sie einfach nur beobachtet werden können, ohne irgend etwas mit ihnen machen zu müssen. Eine formellere Variante des Achtsamkeitstraining besteht in strukturierten Achtsamkeits- oder Meditationsübungen. Sie können dem Patienten auch als Aufgaben für die Zeit zwischen den Sitzungen empfohlen werden. Eine wichtige Rolle für den Erwerb von Achtsamkeit spielen fortlaufende Fragen danach, wo sich der Patient (und der Therapeut) gerade befinden oder welche Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen oder körperlichen Empfindungen gerade präsent sind:

- „Wo sind wir jetzt gerade mit unseren Gedanken? Hier und jetzt, in der Vergangenheit, in der Zukunft?“
- „Während Sie mir das gerade über Ihren Arbeitskollegen erzählen, welche Gefühle tauchen da auf?“
- „Wenn Sie jetzt einmal für einen Moment auf Ihre Anspannung achten, was für Gedanken kommen da hoch?“
- „Hören Sie gerade den Vogel da draußen zwitschern? Was für Geräusche hören Sie jetzt gerade sonst noch? Was sehen Sie alles, wenn Sie sich hier im Raum umschaun und durch das Fenster gucken?“

Ein weiterer Aspekt, der unter die Methode Achtsamkeit eingereiht werden kann, ist das direkte Ansprechen bezugsrahmender Verhaltensprozesse, welche die Wirkung von Umwelt- und selbst generierten Verhaltensereignissen beeinflussen. Sie können direkt beobachtet und angesprochen werden: Vergleichen, Bildung von Gegensatzpaaren (entweder - oder) oder die Herstellung von Wenn-dann-Verknüpfungen. Übrigens ist die Wirkung dieses Achtsamkeit fördernden Vorgehens als methodisches Problem in der Psychotherapieforschung unter dem Namen der Reaktivität von Untersuchungsmethoden bekannt; sie wird schon lange im Rahmen von Selbstkontrollverfahren genutzt (Nelson, 1977).

Achtsamkeit ist auch eng mit der nächsten Therapiemethode des „Selbst-als-Kontext“ verbunden, bei der es um einen nicht bewertenden Kontakt mit negativen und positiven Selbstbildannahmen geht.

Der Fels, auf dem wir stehen: Die eigene Perspektive einnehmen

Um die Perspektive des Jetzt zu verstehen, müsse man ein Gefühl für ein überdauerndes Selbst haben, das durch die Zeit existiert, schreibt die kognitive Entwicklungspsychologin Katherine Nelson in ihrem Buch zur Bedeutung der Sprache in der kognitiven Entwicklung (Nelson, 1996). Aus Sicht der Akzeptanz- und Commitment-Therapie ist diese Beziehung reziprok: um achtsam sein zu können, benötigt man nicht nur ein stabiles Selbsterleben, sondern umgekehrt wird ein stabi-

les Selbsterleben auch durch Achtsamkeit gefördert. Die Frage ist, was mit einem stabilen Selbsterleben gemeint ist. ACT nähert sich dieser Frage mit der Unterscheidung von drei Weisen des Selbsterlebens:

1. dem inhaltlichen Selbstbild oder verbalen Selbstkonzept,
2. dem Selbst-als-Prozess und
3. dem Selbst-als-Kontext (Synonyma sind Selbst-als-Perspektive und Beobachter-Selbst).

Das Selbstbild oder verbale Selbstkonzept beinhaltet das, was wir propositional über uns denken („Ich bin dumm“, „Ich bin ein Familienmensch“, „Ich bin eine grundehrliche Haut“, „Ich bin ein Chaos“, „Mir geht im Leben immer alles schief“ etc.). Wenn wir solche Konzeptualisierungen zu ernst nehmen, d.h., mit ihnen im Sinne der kognitiven Fusion verschmelzen, entsteht eine Reihe von Problemen (vgl. Hayes und Gregg, 2000). Erstens bleibt das Bild, das wir von uns zeichnen, immer außerordentlich lückenhaft und unvollständig. Wir sind weder in der Lage, alle relevanten Informationen unserer Lebensgeschichte zu erinnern, noch können wir das, was wir erinnern, in ein systematisches und zutreffendes Gesamtbild zusammenfügen. Ferner richtet sich die Auswahl der uns zugänglichen Informationen danach, was in unserer Kultur und sozialen Umwelt sowie von uns selbst als beachtenswert beurteilt wird; d.h., unser Selbstbild ist nicht bloß zufällig verzerrt durch die Begrenzungen unseres Gedächtnisses, sondern es ist gezielt und systematisch verzerrt. Denn vom ersten Moment unserer Selbstkonzeptualisierung an beginnen unsere Selbstbildannahmen, Einfluss auf die Wahrnehmung und die Gestaltung unserer Umwelt zu nehmen (Swann, 1990; Swann et al., 2002).

Das führt zweitens zu einer Einengung unseres Verhaltensspielraums, das heißt rigiden Verhaltensstilen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen. Nach den theoretischen Überlegungen aus der RFT (Hayes und Gregg, 2000) und auch nach empirischen Forschungsergebnissen (Swann, 1990; Swann, et al., 2002) scheint es so zu sein, dass wir ein großes Bedürfnis nach Kohärenz und Konsistenz haben und deshalb fortwährend die Bestätigung unserer Selbstbildannahmen suchen. Das drückt sich klinisch darin aus, dass Patienten Verhaltensänderungen mit Hinweisen wie „Da bin ich kein Typ für“, „Das passt nicht zu meiner Natur“ oder „Dafür bin ich nicht cool genug“ ablehnen.

Schließlich verteidigen Menschen als besonders maligne Form von Rigidität sogar ihr negatives Selbstbild (Swann et al., 1987). Selbst offenkundig schädliche Annahmen („Ich werde nie glücklich werden können“) werden mit allen Mitteln verteidigt. Ja, Patienten kommen nicht selten mit dem (meist impliziten) Wunsch in Behandlung, ihr negatives Selbstbild bestätigt zu sehen. Die „Kohärenzkraft“ des Konzeptualisierten Selbstbildes kann somit einen erheblichen Beitrag zur Stagnation im therapeutischen Prozess leisten.

Aus diesen Überlegungen und Befunden lassen sich enge Beziehungen zwischen Persönlichkeit und Psychopathologie ableiten. Eigentlich handelt es sich hierbei um alte Einsichten der Psychiatrie und Psychotherapie, die jedoch mit der Entwicklung operationalisierender Diagnosesysteme in Vergessenheit geraten zu sein scheinen. Neuerdings wird der Beziehung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, d.h. lebens-

geschichtlich stabilen und über verschiedene Situationen hinweg funktional ähnlichen Verhaltensweisen, und Achse-I-Syndromen wieder mehr Beachtung geschenkt (Westen und Harnden-Fischer, 2001; Krueger und Piasecki, 2002).

Allerdings kümmert sich ACT in diesem Zusammenhang wenig um die Frage, ob es sich um lebensgeschichtlich erworbene oder genetisch determinierte Programmierungen handelt. ACT operiert weder mit historischen noch mit naturalistischen Fehlschlüssen. Vielmehr geht es um die Aufgabe, Personen zu größtmöglicher persönlicher Freiheit zu verhelfen. Dabei wird jedoch die Funktion, welche stabilen Selbstbildannahmen trotz aller problematischen Wirkungen zukommt, keineswegs übersehen. Wenn sie auch immer wieder in psychologische Sackgassen und Erstarrung führen, so erfüllen sie angesichts der diffizilen Navigationsaufgaben im oft turbulenten Alltagsleben doch wichtige Dienste, indem sie eine Standortbestimmung ermöglichen sowie Vorhersage und Kontrolle insbesondere bei sozialen Begegnungen erleichtern (Swann, 1990).

Diese Funktionen übernehmen in ACT das Selbst-als-Prozess und das Selbst-als-Kontext. Beide führen zu bzw. gehen mit einer Loslösung von inhaltlichen Selbstannahmen einher. Während sie in den bisherigen Therapiekomponenten überwiegend auf personunabhängige Regeln und Inhalte gerichtet war, adressiert die kognitive Defusion jetzt das Konzeptualisierte Selbst. Unter Bezug auf geläufige Begriffe der Kognitionspsychologie könnte man auch sagen, dass sich die kognitive Defusion zunächst auf Inhalte des semantischen Gedächtnisses bezieht, die persönlich nicht so bedeutsam sind. Die Komponenten der Achtsamkeit und des Selbst-als-Kontext sollen dem Patienten helfen, eine Trennung zwischen sich und den „heißeren“ Inhalten des personenbezogenen (autobiographischen) episodischen Gedächtnisses zu vollziehen; sich im wahrsten Sinne des Wortes mit ihnen **auseinander** zu setzen. Wenn das gelingt, hat der Patient zwar immer noch seine Selbstbildannahmen, er befolgt sie jedoch nicht mehr und kann sich **mit** ihnen frei bewegen. Der Therapeut hilft dem Patienten, zwischen den Selbstbewertungen und Selbstaussagen auf der einen Seite und dem Selbst, das bewertet, auf der anderen Seite zu unterscheiden. Es gibt verschiedene Techniken, mit denen diese Unterscheidung trainiert werden kann. So kann man den Patienten etwa bei Selbstaussagen (wie z.B. „Ich habe so etwas noch nie gekannt“, „Ich war schon immer nervös“, „Wenn einer Pech hat, dann bin ich es“, „Mit Frauen habe ich es nicht“) fragen: „Und wer hat diesen Gedanken?“ Fragen dieser Art haben den Zweck, den Patienten mit einer Abstraktionsleistung in Kontakt zu bringen, die er (implizit sozusagen) unter Einfluss der kontextuellen Hinweise (C_{rel}) „ich“, „hier“ und „jetzt“ in Form eines Bezugsrahmens der Perspektive schon längst vollzogen hat: ICH-HIER-JETZT. Das ist der nicht hintergehbare Standort, von dem aus wir alles erleben: deshalb der Ausdruck „Selbst-als-Perspektive“. Ein Fels in der Brandung. Selbst einen Patienten mit psychotischem Ich-Erleben können wir fragen: „Und wer sagt jetzt gerade hier, dass er das Gefühl hat, dass alle seine Gedanken von anderen gelesen werden?“ Gleichzeitig bildet das ICH-HIER-JETZT ein geradezu grenzen- und zeitloses „psychisches Feld“ (Janzarik, 1988), das allen Gedanken, Gefühlen, Wahrnehmungen und

anderen Erlebnissen Raum gibt: deshalb der Ausdruck „Selbst-als-Kontext“. Vom Standort des Selbst-als-Perspektive kann ich alle Inhalte meines Erlebens beobachten: deshalb der Ausdruck „Beobachter-Selbst“.

Eine weitere Technik, die Bindung an Selbstaussagen zu lösen und das Erleben dieses stabilen Bezugspunktes zu fördern, kann darin bestehen, eine Reihe wichtiger Selbstaussagen des Patienten zu sammeln und auf Karten zu schreiben. Der Therapeut wirft nun diese Karten auf den Patienten. Diejenigen, mit denen sich der Patient identifiziert (die er gut findet) soll er fangen, die anderen um Himmels willen nach Kräften abwehren. Wie fühlt sich das wohl an? Ist das anstrengend? Kann man dabei noch lesen oder Kuchen essen oder sich mit seiner Frau unterhalten? Dann der zweite Durchgang. Diesmal wird der Patient gebeten, die Karten einfach an sich abtropfen zu lassen. Wie fühlt sich das an? Wie anstrengend ist das jetzt? Können einen die Karten, wenn man so mit ihnen umgeht, daran hindern, irgendetwas zu tun, das einem wichtig ist? Schließlich kann man den Patienten bitten, sich einige Karten in die Hosentaschen zu stecken und mit sich zu tragen. Sind sie so in irgendeiner Weise hinderlich? „Mit sich tragen“ heißt, sie sind noch da, jedoch nicht als etwas, das den Patienten in irgendeiner Weise bindet und in seiner Handlungsfreiheit einschränkt. Die Übung kann außerdem Anlass sein, die in der Lebensgeschichte angewandten Arten, mit dem eigenen Selbstbild zu kämpfen und nach seiner Bestätigung oder Widerlegung zu suchen, aufzulisten, um der gespielten Metapher noch mehr Konkretheit zu verleihen.

Die ACT-Literatur bietet ein ganzes Arsenal an Übungen und Metaphern, die Patienten helfen können, mit ihrem Selbst-als-Kontext in Berührung zu kommen. Wesentlich ist, das ein wie auch immer beschaffenes konzeptualisiertes Selbstbild nicht inhaltlich verändert werden muss; es muss kognitiv kein negatives in ein positives Selbstbild umstrukturiert werden. Vielmehr wären solche inhaltlichen Veränderungsversuche nur wieder neue Weisen des Kampfes mit dem Selbstbild und würden seine Wirkung steigern. Das Selbstbild, so wie es ist, wird in Ruhe gelassen. So wie der Patient bereits weniger „heiße“ Kognitionen mittels kognitiver Defusion als Gedanken und psychische Ereignisse zu sehen und damit loszulassen gelernt hat, so lernt er dies nun in Bezug auf Selbstbildannahmen. Er lernt, Aussagen über sich selbst nicht mehr so ernst und wörtlich zu nehmen. Er lernt, sich als Träger, Gefäß und Kontext selbstbezogener Aussagen von diesen ontologischen Aussagen, die vorgeben, Wahrheiten über sein Sein zu beinhalten, zu unterscheiden. So kann „Ich bin dumm“ zu „Ich habe den Gedanken, dass ich dumm bin“ werden.

Werte formulieren

Selbstbildannahmen haben nicht zuletzt als Regeln, die oft andere in der Vergangenheit über uns gesagt haben, eine erstaunliche Fernwirkung. Sie können sogar mitbestimmen, was uns wichtig ist, d.h., welche Werte und Ziele wir formulieren und anstreben. Um frei wählen zu können, ist deshalb häufig die Entbindung von solchen Selbstbildannahmen im Sinne ihrer Entwörtlichung erforderlich. Eine Wahl ist in der Perspektive von ACT frei, wenn sie nicht von Gründen bestimmt wird (obwohl Gründe als „Zaungäste“ ruhig mitlaufen dür-

fen). Kleine Kinder demonstrieren freies Wählen, wenn sie auf die Frage: „Warum möchtest du denn ausgerechnet das Auto haben?“, antworten: „Darum, weil ich es will.“ Im Laufe unserer verbal-kommunikativen Sozialisation lernen wir allerdings, dass wir „gute Gründe“ haben müssen, wenn wir etwas wollen oder nicht wollen (da ansonsten gilt: „Kinder, die was wollen, kriegen was vor die Bollen“) – obwohl diese Gründe in vielen Fällen sehr zweifelhaft sind, wie etwa Nisbett und Wilson (1977) gezeigt haben.

In den beiden letzten Komponenten geht es darum, **freies Wählen in Bezug auf die eigene Lebensgestaltung als Fertigkeit bzw. Verhaltensprozess zu trainieren**. Das hat nichts mit Hedonismus zu tun. Es kann oft sehr schwer sein – und ist es tatsächlich auch – seinen Weg im Leben zu gehen und das zu tun, was einem wichtig ist. Anstatt Angst und Stress zu managen, Konflikte zu lösen, Gedanken, Gefühle oder Schemata zu verändern achtet ACT darauf, was für Patienten wichtig ist und was ihnen etwas bedeutet. Akzeptanz- und Entwörtlichungsarbeit sollen dem Patienten helfen, auch im unangenehmen und schmerzlichen Erleben flexibel zu handeln. Eine zentrale Methode dieses „Freiheits- und Flexibilitäts-trainings“ ist daher die Formulierung von Werten. Werte sind in ACT **verbal konstruierte, globale, erwünschte Lebenskonsequenzen** (Hayes et al., 2004e, S. 216). Sie sind Verhaltensziele – etwas, was man tun möchte; sie sind keine Ergebnisziele, etwas, was man haben oder erreichen kann. Ihr Wert liegt darin, dass sie dem eigenen Tun Sinn (im Sinne von Richtung so wie beim Uhrzeigersinn) geben und dass sie es erlauben, Handlungsstränge über lange Zeiträume zu verfolgen und das eigene Handeln immer wieder zu prüfen und zu steuern. Patienten gegenüber vergleiche ich Werte gern mit den Sternen am nächtlichen Himmel, welche die Seefahrer in früheren Zeiten nutzten, um sich zu orientieren. Kein Seefahrer wäre auf die Idee gekommen (dazu bedurfte es der NASA), die Sterne selbst erreichen zu wollen. Trotzdem waren die Sterne lebenswichtig. Ebenso verhält es sich mit Werten.

Werte geben den Anstrengungen der Therapie ihre Würde. Das Akzeptieren schmerzlicher Gefühle ist kein Selbstzweck; es geht nicht darum, sich emotional abzuhärten (im Gegenteil, mit ACT wird man sensibler) oder Standfestigkeit zu beweisen. Es ist vielmehr immer dann wert-voll, Strategien zur Kontrolle schmerzlicher Gefühle bereitwillig zu unterlassen, wenn das erforderlich ist, um ein Ziel zu erreichen, das von einem persönlich wichtigen Wert getragen wird.

Ein ACT-Therapeut stellt seinem Patienten deshalb Fragen wie: „Wofür möchten Sie Ihr Leben einsetzen?“ Eine ganze Reihe von Metaphern und Übungen dient dazu, gehaltvolle Antworten auf solche Fragen zu fördern. Gehaltvoll sind formulierte Werte dann, wenn sie zu einer wirkungsvollen Transformation von Reizen führen bzw., salopp gesagt, Patienten kraftvoll auch zu schwierigem Handeln motivieren. Das tun sie nur, wenn sie „von Herzen“ kommen und nicht bloß gesellschaftliche Normen und Erwartungen anderer, lebender oder verstorbener, Personen widerspiegeln. Daher sind einige Fallstricke zu beachten.

Eine Sicherheitsmaßnahme besteht darin, Richtungsziele (Werte), Ergebnisziele und Prozessziele zu unterscheiden. Freunde zu haben, wäre ein Ergebnisziel. Die Antworten auf

die Fragen: „Was für ein Freund möchten Sie sein?, Wie möchten Sie sich als Freund verhalten?“, sind Richtungsziele. Ehrlichkeit, ein gesellschaftlicher Wert, wird in ACT als Prozessziel aufgefasst. Als ACT-Therapeut würde ich die Fragen stellen, zu welchem Zweck der Patient ehrlich sein möchte und was er sich davon verspricht. Von da aus würde ich ihn darin unterstützen, Ehrlichkeit als Teil seiner Werte in ihm wichtigen Beziehungen auszubuchstabieren: Was bedeutet es, als Ehemann ehrlich zu sein, als Vater, als Freund oder als Arbeitnehmer. Daraufhin könnte der Patient konkrete Ergebnisse formulieren, d.h., was er wann tun möchte, um seine Werte in diesen Beziehungen umzusetzen.

Einen typischen Fallstrick präsentieren Patienten, die durchaus wertebezogene Ziele oder den Erwerb bestimmter Fertigkeiten als ihre Therapieziele formulieren. Anstatt sofort auf diesen Zug aufzuspringen, ist es oft nützlich, danach zu fragen, welche Funktion diese Ziele haben. Stehen sie tatsächlich ohne Gründe für sich selbst oder handelt sich um Prozessziele, die wieder nur Vermeidungsfunktionen erfüllen. Schauen wir uns die beiden folgenden Dialoge an (mod. nach Hayes et al., 2004d, S. 63).

Patient: Mein Problem ist, dass es mir in meinem Leben bisher nicht gelungen ist, dauerhafte, enge Beziehungen aufzubauen.

Therapeut: Nehmen wir einmal an, es würde ein Wunder geschehen, und dieses Problem wäre völlig gelöst, in welcher Weise würde Ihr Leben dann anders aussehen?

Patient: Nun, dann hätte ich eine Beziehung, für die ich mich einsetzen würde. Ich würde vielleicht heiraten und eine Familie gründen.

Solch eine Antwort könnte ein Hinweis darauf sein, dass es hier tatsächlich um ernst gemeinte Lebensziele geht, ohne dass emotionale Vermeidung eine gravierende Rolle spielt. Ein anderer Patient könnte jedoch auf die Wunderfrage antworten:

Patient: Nun, ich würde mich viel besser fühlen, hätte mehr Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen und dieses schreckliche Gefühl der Einsamkeit würde verschwinden.

Bei diesem zweiten Patienten scheint die angestrebte Beziehung kein Selbstzweck, eher nur Mittel zum Zweck zu sein und im Dienst der Erlebnisvermeidung zu stehen. Und es kann sein, dass genau dieses Konzept den Aufbau einer echten Partnerbeziehung bisher verhindert hat, weil sich die Partner nicht geliebt, sondern vielleicht sogar missbraucht fühlten.

Entwörtlichungsarbeit bzw. kognitive Defusion dient der Befreiung des Patienten. Die Freiheit, die hier gemeint ist, ist **erlebte** Freiheit. Es geht nicht um eine theoretische, absolute Freiheit, über die zu reden von einem pragmatischen Verhaltensanalytiker als nutzlos und funktionsuntüchtig angesehen würde. **Erlebte** Freiheit entspringt der Ent-Bindung aus dem Netz sprachlicher Prozesse, in dem sich der Patient verstrickt und verheddert hatte und in dem wir selbst ebenfalls ständig Gefahr laufen, uns zu verfangen. Es geht um die Freiheit, die wir erleben, wenn wir nicht mehr unter dem Diktat unserer Gefühle, Gedanken oder körperlichen Empfindungen stehen.

Freiheit in dieser Bedeutung ist damit verbunden, negativ verstärktes Verhalten im Sinne der Emotions- und Erlebnisvermeidung abzubauen und solches Verhalten aufzubauen, dessen Verknüpfung mit Werten positiv verstärkend wirkt. Werte selbst sind keine positiven Verstärker, denn Werte sind nicht kontaktierbar. Die Formulierung von Werten transformiert jedoch die Funktionen von erreichbaren Reizen. Nehmen wir an, ein Patient formuliert als Wert, dass er für sich und seine Familie sorgen möchte. Er operationalisiert diesen Wert dahingehend, dass er für seine Kinder ein Haus mit Garten bauen möchte. Diese verbalen Konstruktionen machen den Abschluss eines Bauvertrages zu einem potenten Verstärker, und sie vermindern möglicherweise den Verstärkerwert eines Urlaubskataloges, da der Mann lieber für den Hausbau sparen möchte, als das Geld für einen Urlaub auszugeben. Der Verzicht auf den Urlaub mag schwer sein, er gewinnt jedoch seine Würde (das Wort „Würde“ leitet sich etymologisch übrigens aus „Wert“ ab) aus dem Bezug zu dem Wert, ein sorgender Familienvater sein zu wollen.

In seinem oft missverstandenen Buch „Jenseits von Freiheit und Würde“ hat Skinner (1973) die Freiheitsliteratur dahingehend interpretiert, dass es ihr vor allem um die Freiheit „von etwas“, wie zum Beispiel Unterdrückung und anderen aversiven Zuständen, gehe. Freiheit wird so als Freiheit zu Flucht und Vermeidung verstanden. Verdorben hat er es sich mit einem großen Teil seiner nicht verhaltensanalytischen Leser allerdings nicht deshalb, sondern dadurch, dass er deren positiven Freiheitsbegriff heftig kritisierte. Dieser basierte und basiert nämlich meist auf so flüchtigen Ereignissen wie momentanen Gefühlen und Wünschen: Freiheit, das zu tun, wozu ich Lust habe sozusagen. Skinners Alternative war allerdings auch nicht besonders verführerisch, da er sie zu seiner Zeit ausschließlich in Begriffen positiver Verstärkung formulieren konnte. Und wenn man sich die Mechanismen der Werbung ansieht, die ebenfalls genau darauf aufbauen, wirken Vorstellungen auch einer ausschließlich positiv verstärkten Gesellschaft wohl eher abschreckend. Anders ausgedrückt, die humanistischen Werte, die Skinner vorschwebten und die er selbst lebte, konnte er im Rahmen seines Ansatzes nicht gebührend formulieren und explizit machen.

In ACT werden Patienten aufgefordert zu formulieren, wie sie sich ihre Rolle in wichtigen Lebensbereichen vorstellen (wie Partnerschaft, Familie, Arbeit, Schule, Freunde usw.). Zum Beispiel: „Was für ein Partner möchten Sie sein?, Wie stellen Sie sich Ihre Rolle als Partner vor? Wie möchten Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin umgehen?“ In Beantwortung solcher Fragen formulierte Wertvorstellungen ergeben einen höchst individuellen Maßstab, an dem das persönliche Handeln jederzeit gemessen werden kann. Jede schwierige Situation wird zu einer Herausforderung und Gelegenheit, die eigenen Wertvorstellungen praktisch umzusetzen. Diese Werte liefern als Richtungsziele den Hintergrund für **Versprechen an sich selbst** (Commitments), wofür man sich im Leben engagieren möchte. Ergebnisse – etwas, was das man erreichen kann wie einen Ort in der Landschaft, werden dabei zu Meilensteinen, mit deren Hilfe ich erkennen kann, ob ich auf dem richtigen Weg bin.

Engagiertes Handeln (Commitment)

Engagiertes Handeln (Commitment) ist die sechste Methode bzw. Fertigkeit. Sie kennzeichnet ACT vielleicht am deutlichsten als Verhaltenstherapie. Hier geht es um den Aufbau immer umfassenderer Muster flexiblen und wirkungsvollen Handelns, die erforderlich sind, um sich auf wertgeschätzte Ziele hinzubewegen. Eine zentrale therapeutische Botschaft, die in dieser Phase an den Patienten gerichtet wird, bezieht sich auf den Prozesscharakter eines wertebezogenen Lebens: „Das Ziel ist der Weg, durch den der Weg zum Ziel wird.“ Dementsprechend spielen Reisetmetaphern in dieser Komponente eine wichtige Rolle. Sie fördern die fortwährende Umwandlung von Ergebnis- bzw. Haben-Zielen in Prozess- bzw. Verhaltensziele. Beispielsweise geht es nicht darum, Selbstvertrauen als ein Ergebnis zu erreichen, sondern im Vertrauen auf sich selbst zu handeln. In ähnlicher Weise wird Verantwortung nicht als etwas verstanden, das man hat, vielmehr ist es die Fähigkeit zu antworten (engl. response-ability). „Sie sind verantwortlich“ heißt dann: „Sie sind antwortfähig.“ Zum Reisen gehört schließlich, dass man immer wieder an Weggabelungen gerät und wählen muss. Deswegen kommt dem Prozess des Wählens, der durchaus in seiner operanten Bedeutung (z.B. Mazur, 1998) zu verstehen ist, ebenfalls erhebliche Bedeutung zu. So wird der Patient in der Intervention „Erst gewinnen Sie, dann spielen Sie“ eingeladen, erst zu wählen, dass er wertvoll ist, und dann mit engagiertem Handeln zu beginnen. Denn „wertvoll sein“ kann nicht verdient, logisch abgeleitet oder rational begründet werden, es ist frei. Da wertebezogenes Handeln unvermeidlich psychische Hindernisse einlädt, stellt es den Reisenden immer wieder vor die Wahl: „Bin ich bereit, dieses Hindernis zu erleben und weiterzugehen, oder werde ich anhalten?“ Die Metapher vom sich ausdehnenden Ballon macht diesen Zusammenhang deutlich.

„Stellen Sie sich vor, Sie wären ein Ballon, der sich in alle Richtungen ausdehnt. Während der Ballon wächst, stößt er immer wieder gegen Dinge, die sich außerhalb von ihm befinden. So stellt sich an der Grenze des Ballons, in der Zone des Wachstums, stets auf Neue die Frage: Sind Sie groß genug, das in sich aufzunehmen? Ganz gleich, wie groß Sie schon sind, Sie können immer noch größer werden, und dieselbe Frage stellt sich immer wieder.“

Wenn sich Ihnen etwas in den Weg stellt, sagen Sie ‚Ja‘ oder ‚Nein‘. Wenn Sie ‚Ja‘ sagen, wachsen Sie weiter. Nicht dass dadurch das Leben beim nächsten Ding, das sich Ihnen in den Weg stellt, leichter wird. Aber es wird wie eine Gewohnheit, und Ihre Erfahrung wird zu einem Vorrat an Stärke. Immer wieder werden vor Ihnen neue Probleme und Herausforderungen auftauchen, während Sie so wachsen. Das endet nie. Wenn nun eine wirkliche schwierige Sache auf Sie zukommt, mögen Sie denken: ‚Nein, das bitte nicht, nicht jetzt, das will ich nicht haben, nicht schon wieder.‘ Aber in dieser Hinsicht haben Sie keine Wahl. Das Leben selbst konfrontiert Sie mit immer neuen Situationen. Allerdings können Sie wählen: entweder Sie dehnen sich weiter aus und wachsen, oder Sie ziehen Ihr Leben, um das herum, was Sie vermeiden wollen, zurück. Dann verformen Sie sich. Entweder Sie dehnen sich aus, oder Sie ziehen sich zurück.“ (mod. nach Hayes et al., 2004e, S. 261).

Ausblick

Die dritte Welle der VT gewinnt auch im deutschsprachigen Raum an Schwung. Heidenreich und Michalak (2004) haben kürzlich einen umfangreichen Band zum Thema Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie herausgebracht. Die Übersetzung eines weiteren Sammelbandes (Hayes et al., 2004a) ist in Vorbereitung. Manuale zu DBT und ACT liegen bereits in Übersetzung vor (Linehan, 1996a,b; Hayes et al., 2004). Speziell zu ACT ist gerade ein weiterer Band erschienen, der bei einem Minimum an theoretischen Inhalten ausführlich über erforderliche Kompetenzen von Therapeuten, Fallkonzeptualisierung und störungs- und problemspezifische Anwendungen informiert (Hayes und Strosahl, 2004).

Überdies belegt bereits eine ganze Anzahl empirischer Studien die Wirksamkeit von FAP, DBT und ACT (siehe Übersicht bis ca. 2003 bei Hayes et al., 2004b). Auch die Wirksamkeit von CBASP ist in kontrollierten klinischen Studien nachgewiesen worden (Keller et al., 2000; Schatzberg et al., 2005).

Die klinischen Studien zu ACT geben durchweg Hinweise darauf, dass kognitive Defusion tatsächlich ein relevanter Therapieprozess zu sein scheint. Eine kürzlich erschienene Untersuchung bei schwedischen Angestellten des öffentlichen Gesundheitswesens ergab bei nur 4 Therapiesitzungen in wöchentlichem Abstand im Vergleich zur Kontrollgruppe zwar keine Unterschiede in den erhobenen Stress- und Schmerzmaßen, dennoch wies die ACT-Gruppe eine deutliche Verminderung ihrer Arbeitsunfähigkeitstage und der medizinischen Inanspruchnahme auf (Dahl et al., 2004). In einer weiteren randomisierten klinischen Studie (Hayes et al., 2004f) wurden 124 polytoxikomane Opiatabhängige entweder einer Methadon-Erhaltungstherapie oder ACT plus Methadon oder einer intensiven 12-Schritte-Behandlung plus Methadon zugeordnet. Bei der Katamnese-Untersuchung 6 Monate nach Beendigung der 16-wöchigen Therapie fand sich sowohl in der ACT- als auch in der 12-Schritte-Gruppe ein deutlich niedrigerer Drogengebrauch (gemessen mit Urinanalysen) als in der Gruppe, die nur Methadon erhalten hatte. In der bereits erwähnten Studie von Bach und Hayes (2002) waren 80 stationäre Patienten mit positiven psychotischen Symptomen entweder der üblichen Behandlung (Psychoedukation, individuelle Psychotherapie; nach Entlassung Case Management, Psychotherapie, Assertive Community Management) oder 4 ACT-Sitzungen plus üblicher Behandlung zugeteilt worden. Über einen 4-monatigen Katamnesezeitraum hinweg fand sich in der ACT-Gruppe eine um 50% reduzierte Rückfallrate. Eine Studie von Gaudio und Herbert (in press) konnte diese Ergebnisse größtenteils replizieren.

In einer prozessorientierten Studie untersuchten Masuda et al. (2005) eine spezielle Technik der kognitiven Defusion. Die Teilnehmer waren gebeten worden, zwei besonders störende negative Selbstaussagen zu nennen (z.B. „Ich bin zu dick“), diesen Gedanken auf ein Wort zu verdichten (z.B. „fett“) und nach einer angemessenen Einführung in das Experiment, den Gedanken so laut und schnell wie möglich 30 Sekunden lang zu wiederholen. Die Untersuchung legt nahe, dass die Wiederholung negativer, auf sich selbst bezogener Worte, deren Glaubwürdigkeit und negative emotionale Wirkung reduzieren kann. Erwähnen möchte ich auch eine methodologisch interessante kontrollierte Untersuchung zur Wirksamkeit eines ACT-Trai-

nings für Therapeuten in der normalen Patientenversorgung. Therapeuten, die an einem ACT-Training teilgenommen hatten, erzielten bei einem breit gestreuten Patientengut im ambulanten Behandlungssetting bessere Ergebnisse als die Therapeuten der Kontrollgruppe (Strosahl et al., 1998).

Wie kommt ein niedergelassener Psychiater und Verhaltenstherapeut aus einer Praxis auf dem Lande zu ACT? ACT ist angesichts der heterogenen Patientenzusammensetzung meiner psychiatrischen Praxis, in der ich neben der nach den Richtlinien beantragten Verhaltenstherapie in erheblichem Umfang auch „ganz normal“ psychiatrisch arbeite, vor allem deshalb interessant, weil dieser Ansatz eine außerordentliche Flexibilität ermöglicht. Die ausgeprägte Ressourcenorientierung und die Betonung dessen, was für Patienten in ihrem Leben wichtig ist, lassen darüber hinaus Beschwerden und Symptome in den Hintergrund treten.

Medikamente können ebenfalls in einem ACT-Kontext angewendet werden. Anstatt sie mit Symptomreduktion in Verbindung zu bringen, vermittele ich zum Beispiel, dass sie helfen, den Kampf gegen negative Gedanken und schmerzliche Gefühle eher aufgeben zu können, und empfehle, das zu beobachten. Oder ich verordne Antidepressiva mit dem Hinweis, dass sie das Erleben positiver Ereignisse unterstützen, was Patienten motiviert, nach solchen Ereignissen Ausschau zu halten, und damit ihre Aktivierung fördert. Darüber hinaus könnten ACT und RFT möglicherweise einen Beitrag zur Überwindung der „hermeneutischen Distanz“ zwischen unseren detaillierten Kenntnissen zur Wirkung psychotroper Substanzen auf der molekularbiologischen „Hardware“ und dem weitgehenden Fehlen funktionaler Konzepte zu ihrer Wirkung auf der Ebene des Verhaltens liefern (Weber, 1999, S. 179). Etwa indem man, wie oben angedeutet, Antidepressiva als Kontextbedingung auffasst, welche die Wirkung verstärkender Reize intensivieren und die aversiver Reize abschwächen kann.

Persönlich faszinieren mich an ACT Präzision, theoretische Tiefe und Reichweite. Mit Präzision meine ich, dass sich aus den philosophischen und theoretischen Grundlagen konkrete therapeutische Schritte ableiten lassen. So führt der funktionale Kontextualismus beispielsweise zur Vorsicht im Umgang mit Werten und Zielen, damit diese nicht eine dogmatische Einengung bewirken. Sie sollten unter anderem explizit, konkret und messbar, nicht ausschließlich kurzfristig, aber auch nicht zu langfristig sein (Hayes, 1993, S. 20 f.). Im gleichen Sinn ergibt sich die Verwendung von Metaphern nicht nur aus klinischer Forschung und Erfahrung, sondern lässt sich auch theoretisch begründen.

Bezüglich der Reichweite galt die erste auf ACT bezogene Veröffentlichung von Steven Hayes einer konzeptuellen Verhaltensanalyse der Spiritualität (Hayes, 1984). Neben „strenger“ Grundlagenforschung sind solche Themen seitdem auch weiterhin aktuell geblieben, wie der Grundlagenband zur RFT zeigt (Barnes-Holmes et al., 2001b). ACT und RFT haben m. E. eine Herausforderung angenommen, die der Quadratur des Kreises gleicht: Verstehen und Erklären, Hermeneutik und Naturwissenschaft, Spiritualität und Vernunft zusammenzubringen – ohne dem einen oder anderen zu verfallen oder es auf „das ist nichts anderes als“ zu reduzieren. Die wissenschaftsphilosophische Grundlage des funktionalen Kontextualismus

(Hayes, 1993) verbindet dabei die pragmatische Analyse mit der Frage nach Sinn und Bedeutung. In der ACT zugrunde liegenden philosophischen Anthropologie wiederum gewinnt eine sich naturwissenschaftlich verstehende Psychologie mit allem humanistischen Optimismus der Moderne Anschluss an uralte religiöse Traditionen, die sich der Unvermeidlichkeit menschlichen Leidens immer schon bewusst waren. In diesem Sinne sieht sich ACT dem Vermächtnis Viktor Frankls verpflichtet, das er uns in der nüchternen Beschreibung seiner Konzentrationslagerhaft so erschütternd übermittelt hat (Frankl, 1946/2003): **Wert-volles Leben ist unter allen Umständen möglich – unter allen!**

Literatur

- Addis ME, Jacobson NS (1996): Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 64:1417-1424
- Bach P, Hayes SC (2002): The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 70:1129-1139
- Barnes D, Hegarty N, Smeets PM (1997): Relating equivalence relations to equivalence relations: a relational framing model of complex human functioning. *Anal Verb Behav* 14:57-83
- Barnes-Holmes D, Barnes-Holmes Y (2000): Explaining complex behavior: two perspectives on the concept of generalized operant classes. *Psychol Rec* 50:251-265
- Barnes-Holmes D, Hayes SC, Dymond S, O'Hara D (2001a): Multiple stimulus relations and the transformation of stimulus functions. In: Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B (eds.): *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum, pp. 51-71
- Barnes-Holmes D, Hayes SC, Gregg J (2001b): Religion, spirituality, and transcendence. In: Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B (eds.): *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum, pp. 239-251
- Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW (1994): Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 50:7-15
- Bechara A, Tranel D, Damasio H, Adolphs R, Rockland C, Damasio AR (1995): Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. *Science* 269:1115-1118
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Catania AC, Shimoff E, Matthews BA (1989): An experimental analysis of rule-governed behavior. In: Hayes SC (ed.) *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. New York: Plenum Press, pp. 119-150
- Churchland PM (2001): *Die Seelenmaschine*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Dahl J, Wilson KG, Nilsson A (2004): Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behav Ther* 35:785-801
- Dörner D (1999): *Bauplan für eine Seele*. Reinbek/Hamburg: Rowohlt
- Eysenck MW, Keane MT (2000): *Cognitive psychology: A student's handbook*. 4th ed. Hove: Psychology Press
- Feinstein AR (1967): *Clinical judgment*. Huntington, NY: Robert E. Krieger
- Frankl VE (1946/2003): *... trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

- Gaudiano BA, Herbert JD (in press): Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behav Res Ther*
- Grawe K (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe K (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Greco LA, Eifert GH (2004): Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an Integrative Family Therapy? *Cogn Behav Pract* 11:305-314
- Greenberg LS, Paivio SC (1997): *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press
- Hayes SC (1984): Making sense of spirituality. *Behaviorism* 12:99-110
- Hayes SC (1993): Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In: Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW, Sarbin TR (eds.): *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context Press, pp. 11-27
- Hayes SC (2004): Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM (eds.): *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press: New York, 1-29
- Hayes SC, Brownstein AJ (1986): Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *Behav Anal* 9:175-190
- Hayes SC, Gregg J (2000): Functional contextualism and the self. In: Muran C (ed.): *Self-relations in the psychotherapy process*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 391-407
- Hayes SC, Hayes LJ (1992): Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behav Ther* 23:225-249
- Hayes SC, Shenk C (2004): Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clin Psychol Sci Prac* 11:249-254
- Hayes SC, Strosahl KD (eds.) (2004): *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer
- Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B (eds.) (2001): *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum
- Hayes SC, Follette VM, Linehan MM (eds.) (2004a): *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press
- Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Luoma J (2004b): DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 35:35-54
- Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson KG (2004c): What is acceptance and commitment therapy? In: Hayes SC, Strosahl KD (eds.): *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer, 3-29
- Hayes SC, Strosahl KD, Luoma J, Smith AA, Wilson KG (2004d): ACT case formulation. In: Hayes SC, Strosahl KD (eds.): *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer, pp. 59-73
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2004e): *Akzeptanz- und Commitment-Therapie*. München: CIP-Medien
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, Byrd M, Gregg J (2004f): A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behav Ther* 35:667-688
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K (1996): Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 64:1152-1168
- Heidenreich T, Michalak J (2003): Achtsamkeit («Mindfulness») als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie* 13:264-274
- Heidenreich T, Michalak J (eds.) (2004): *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Holland SJ (2003): Avoidance of emotion as an obstacle to progress. In: Leahy RL (ed.): *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford Press, pp. 116-131
- Jacobson NS, Christensen A (1996): *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: W.W. Norton
- Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, Gortner E, Prince SE (1996): A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 64:295-304
- Janzarik W (1988): *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996): *Selbstmanagement-Therapie*. 2. Aufl. Berlin: Springer-Verlag
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, Markowitz JC, Nemeroff CB, Russel JM, Thase ME, Trivedi MH, Zajecka J (2000): A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 342:1462-1470
- Kohlenberg RJ, Tsai M (1991): *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press
- Krueger RF, Piasecki TM (2002): Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behav Res Ther* 40:485-499
- Leahy RL (ed.) (2003): *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford Press
- Linehan MM (1996a): *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien
- Linehan MM (1996b): *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien
- Malott RW, Malott ME, Trojan EA (2000): *Elementary principles of behavior*. 4. Aufl. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Martell CR, Addis ME, Jacobson NS (2001): *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton
- Martin G, Pear J (2001): *Behavior modification: What it is and how to do it*. 6. Aufl. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP (2005): Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behav Res Ther* 42:477-485
- Mazur JE (1998): Choice and self-control. In: Lattal KA, Perone M (eds.): *Handbook of research methods in human operant behavior*. New York: Plenum Press, pp. 131-161
- McCullough JP (2000): *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press
- Nelson K (1996): *Language in cognitive development*. Cambridge: Cambridge University Press
- Nelson RO (1977): Assessment and therapeutic functions of self-monitoring. In: Hersen M, Eisler RM, Miller PM (eds.): *Progress in behavior modification*. vol. 5. New York: Academic Press, pp. 264-308
- Nisbett RE, Wilson TD (1977): Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychol Rev* 84:231-259
- O'Donohue WT, Callaghan GM, Ruckstuhl LE (1998): Epistemological barriers to radical behaviorism. *Behav Anal* 21:307-320
- Schatzberg AF, Rush AJ, Arnow BA, Banks PLC, Blalock JA, Borian FE, Howland R, Klein DN, Kocsis JH, Kornstein SG, Manber R, Markowitz JC, Miller I, Ninan PT, Rothbaum BO, Thase ME, Trivedi MH, Keller MB (2005): Chronic depression: Medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Arch Gen Psychiatry* 62:513-520
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD (2002): *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press
- Skinner BF (1973): *Jenseits von Freiheit und Würde*. Reinbek/Hamburg: Rowohlt

- Sonntag RF (2004): ACT-Fallkonzeptualisierung. In: Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (Hrsg.): Akzeptanz- und Commitment-Therapie. München: CIP-Medien, S. 307-318
- Stewart I, Barnes-Holmes D, Hayes SC, Lipkens R (2001): Relations among relations: analogies, metaphors, and stories. In: Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B (eds.): Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic/Plenum, pp. 73-86
- Strosahl KD, Hayes SC, Bergan J, Romano P (1998): Assessing the field effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: An example of the manipulated training research method. *Behav Ther* 29:35-64
- Swann WB, Jr. (1990): To be adored or to be known? The interplay of self-enhancement and self-verification. In: Higgins ET, Sorrentino RM (eds): *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*. New York: Guilford Press, pp. 408-448
- Swann WB, Jr., Griffin JJ, Jr., Predmore SC, Gaines B (1987): The cognitive-affective crossfire: When self-consistency confronts self-enhancement. *J Pers Soc Psychol* 52:881-889
- Swann WB, Jr., Rentfrow PJ, Guinn JS (2002): Self-verification: The search for coherence. In: Leary M, Tugney J (eds.): *Handbook of self and identity*. New York: Guilford Press, pp. 367-383
- Weber MM (1999): *Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin*. München: Urban und Vogel
- Wegner DM (1992): *Die Spirale im Kopf*. Hamburg: Ernst Kabel Verlag
- Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL (1987): Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 53:5-13
- Weiskrantz L (1997): *Consciousness lost and found*. Oxford: Oxford University Press
- Wells A (1997): *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley
- Westen D (1998): The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychol Bull* 124:333-371
- Westen D, Harnden-Fischer J (2001): Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry* 158:547-562
- Wilson KG, Blackledge JT (2000): Recent developments in the behavioral analysis of language: Making sense of clinical phenomena. In: Dougher MJ (ed.): *Clinical behavior analysis*. Reno, NV: Context Press, pp. 27-46
- Wilson KG, Hayes SC (1996): Resurgence of derived stimulus relations. *J Exp Anal Behav* 66:267-281
- Wilson KG, Hayes SC (2000): Why it is crucial to understand thinking and feeling: an analysis and application to drug abuse. *Behav Anal* 23:25-43
- Wilson KG, Hayes SC, Gregg J, Zettle RD (2001): Psychopathology and psychotherapy. In: Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B (eds.): *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum, pp. 211-237
- Wulfert E, Greenway DE, Farkas P, Hayes SC, Dougher MJ (1994): Correlation between self-reported rigidity and rule-governed insensitivity to operant contingencies. *J Appl Behav Anal* 27:659-671
- Zettle RD, Hayes SC (1986): Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *Anal Verb Behav* 4:30-38

Dr. med. Rainer F. Sonntag

In der Wüste 18 • 57462 Olpe

Tel : 02761-96670 • Fax : 02761-966767

E-Mail: raisonn@aol.com