

die Waffen niederlegen und an den Rand des Schlachtfeldes gehen und anfangen, uns auf's Leben zu konzentrieren, und zwar jetzt. Der Krieg kann ja ruhig weitergehen. Wir können ihn immer noch sehen. Wir sind nur nicht mehr mittendrin, sind nicht mehr daran beteiligt, wie er ausgeht. Wir haben andere Dinge zu tun. Wenn wir zusammenarbeiten, wird der Verlauf dieser Therapie eher so aussehen.

Wenn der Klient sich bereit erklärt, in diese Richtung zu gehen, gibt es normalerweise eine Übereinkunft über den Zeitpunkt, wann eine Einschätzung der Fortschritte vorgenommen werden soll. Außerdem gibt es einen warnenden Hinweis auf therapeutische Höhen und Tiefen, mit denen der Klient rechnen muss. Dieser Hinweis könnte z. B. so aussehen:

Das ist so, als wollte man ein Glas saubermachen, in dem eine Menge Dreck steckt. Beim Saubermachen kann es so aussehen, als würde alles noch dreckiger. Letztendlich sind Sie derjenige, der entscheidet, ob wir Fortschritte machen oder nicht, doch bis dahin halten wir uns an den vereinbarten Kurs, auch wenn vielleicht alles ziemlich neblig aussieht.

Wenn der Klient zu intensiver Erlebnisvermeidung neigt, ist dies der geeignete Zeitpunkt, Vermeidungsverhalten auch für die Therapie vorherzusagen. Ein wenig ACT-basierte Psychoedukation kann die Gefahr eines Therapieabbruchs erheblich reduzieren:

Wenn ich von der Auswertung dieses Fragebogens ausgehe, schätze ich, dass Sie auch den Wunsch verspüren werden, sich zurückzuziehen, wenn wir an die Dinge rühren, die da abgelaufen sind. Oder Sie wollen vielleicht eine Sitzung ausfallen lassen oder die Therapie sogar abbrechen. Dabei sind das genau die Zeiten, in denen Sie kommen und sich engagieren sollten.

## Fallkonzeption

Psychische Flexibilität stellt das vorrangige Ziel in der ACT dar. Stellen Sie sich z. B. einen Klienten mit depressiven Symptomen wie Traurigkeit, Gedanken wie „Ich bin wertlos“ und Abkapselungstendenzen vor. Die ACT würde nicht direkt darauf abzielen, die Häufigkeit oder Intensität der Traurigkeit oder „Wertlosigkeit“ zu reduzieren, sondern würde eher die Beziehung des Klienten zu diesen Gedanken und Gefühlen sowie seine Bereitschaft angehen, sich auf wertebasierte Verhaltensweisen einzulassen. Ein

erfolgreicher Klient könnte durchaus Gefühle fühlen, Gedanken denken und wäre gleichzeitig in der Lage, sich auf bedeutsames Handeln in Bereichen wie Arbeit, Beziehungen und Freizeit einzulassen. Um eine Fallkonzeption auszuarbeiten, suchen wir nach den Stärken in jedem der Flexibilitätsprozesse und ihrer Geschichte und versuchen herauszubekommen, welche psychischen Barrieren erfolgreiches wertebasiertes Handeln behindern. Dabei ist das Ziel, nicht nur ein historisches Verständnis zu entwickeln, sondern auch einen aktuellen Plan, der auf den Stärken des Klienten aufbaut, um so in schwierigen Bereichen mehr Flexibilität zu erzeugen.

Ein guter Ausgangspunkt ist die Einschätzung dessen, was im Leben des Klienten wichtig ist und welche Verhaltensweisen der Klient an den Tag legen würde, wenn das Problem, das ihn in die Behandlung geführt hat, kein Thema wäre. Dabei ist das Ziel, einige der ursprünglichen Werte und Ziele aufzudecken, auf denen eine therapeutische Übereinkunft oder ein Behandlungsvertrag aufbauen kann. Bei der Einschätzung des Behandlungsanlasses, mit dem ein Klient sich vorstellt, sollte der Frage, wo und wie der Klient im Leben „feststeckt“, besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden. In der ACT heißt das normalerweise, dass die vermeidenden oder fusionierten Verhaltensweisen identifiziert werden, mit denen der Klient kognitiven und emotionalen Hindernissen begegnet. Sie als Therapeut wollen dabei mehr erfahren über problematische oder ablehnende Gedanken („Ich bin ein Versager ... wertlos ... nicht liebenswert ... kaputt“), Gefühle (Traurigkeit, Angst, Scham, Wut), Erinnerungen (Verletzungen und Traumata in der Vergangenheit) oder körperliche Empfindungen, die vermeidende oder starre Verhaltensmuster im Klienten auslösen.

Der nächste Schritt besteht darin, die Strategien und Verhaltensmuster zu identifizieren, mit denen der Klient versucht, die zuvor identifizierten ungewollten kognitiven und emotionalen Erlebnisse zu reduzieren oder zu vermeiden. Oder anders formuliert: Wie versucht der Klient zu verhindern, dass er auf eine bestimmte Art und Weise denkt oder fühlt oder eine bestimmte Sache erlebt? Zu den möglichen Beispielen gehört, dass der Klient Situationen oder Orte meidet, mit Substanzen ein „Ausblenden“ herbeizuführen versucht, sich zurückzieht, Wut zeigt, sich anderen Menschen gegenüber emotional verschließt, zu viel oder zu wenig isst, sich selbst verletzt, an Ritualen festhält usw. Diese Verhaltensmuster werden in der Therapie aufgegriffen.

Der Schlüssel zu einer Konzeptualisierung vermeidender oder starrer Verhaltensweisen liegt darin, dass man sie funktionell versteht. Man stellt sich also die Frage, welchen Zweck diese Verhaltensweisen erfüllen. So kann es sein, dass Menschen, die unter vernichtenden Gefühlen der Unzulänglichkeit leiden, versuchen, mit jedem zu schlafen, der ihnen über den

Weg läuft, um so dem Gefühl entgegenzuwirken, dass sie wertlos oder nicht liebenswert sind. Ein anderer Mensch mit ähnlichen Unzulänglichkeitsgefühlen geht Begegnungen mit anderen vielleicht eher aus dem Weg, um sich so gegen ein Gefühl des Versagens und eine Bestätigung der eigenen Wertlosigkeit zu schützen, das entsteht, wenn es ihm nicht gelingt, andere für sich einzunehmen. In beiden Fällen ist die *Funktion* der Verhaltensweisen ähnlich, auch wenn sie sich in ihrer Form stark voneinander unterscheiden.

Ebenso kann es vorkommen, dass dieselben Verhaltensweisen unterschiedliche Funktionen erfüllen. So kann die Suche einer Klientin nach einer neuen Arbeitsstelle Ausdruck einer Entwicklung sein, die sie näher an ihre Werte heranführt (sie möchte endlich eine Arbeit verrichten, die sie für wichtig hält) und gleichzeitig dem, was dagegen spricht, Raum gibt (Angst vor Versagen). Bei einem anderen Klienten spiegelt die Suche nach neuen Stellen möglicherweise ein chronisches Vermeidungsmuster wider: Immer, wenn er sich einer Herausforderung oder Widerständen gegenüber sieht, die einen Wertekonflikt heraufbeschwören (für die Familie sorgen, an zwischenmenschlichen Beziehungen arbeiten), beschließt er, „noch einmal von vorn anzufangen“.

Im Laufe der gesamten Therapie sollten Sie vor allem auf nonverbales Verhalten achten. Durch eine Verringerung des Blickkontakts, die Veränderung der Körperhaltung, die Stimmlage, geballte Fäuste und ähnliche Körpersprache können Klienten subtile Hinweise darauf geben, wie sie zu schwierigen Ereignissen in ihrem Leben und damit assoziierten kognitiven und emotionalen Erlebnissen stehen. Es kann hilfreich sein, einen Klienten zu bitten, tatsächlich vorzumachen, welche Haltung er einnimmt, wenn er kämpft, vermeidet oder offen ist. Manche dieser Angewohnheiten kommen ganz von allein in den Sitzungen zum Vorschein. Physische Muster für Vermeiden und Offenheit in „Echtzeit“ zu beobachten, kann eine wertvolle Orientierungshilfe darstellen.

Eine letzte wichtige Überlegung für die Fallkonzeption ist die Einschätzung, was den Klienten seine vermeidenden Verhaltensmuster kosten. Das geschieht oft im Kontext der vom Klienten genannten Werte. So kann die soziale Isolation für einen bestimmten Klienten einen hohen Preis darstellen – oder auch nicht. Wenn der Klient großen Wert auf enge Freundschaften und befriedigende familiäre und andere Beziehungen legt, ist ein Rückzug in die Isolation ein hoher Preis. Für einen anderen Klienten sind Beziehungen vielleicht nicht so wichtig, daher kann es hilfreich sein, den Blick auf andere Verhaltensmuster zu lenken, die für ihn einen hohen Preis darstellen. Diese „Kostenaufstellung“ ist normalerweise eine wirksame Methode, einen Klienten zu einer ersten Vereinbarung zu bewegen,

schwierige oder neue Verhaltensweisen innerhalb und außerhalb der Therapie auszuprobieren.

Wenden wir diese Überlegung auf den Fall von Sarah an, um zu sehen, wie sich das Hexagon-Modell der psychischen Flexibilität und seine Korrektur (siehe Abbildungen 3.1 und 3.2) als Richtschnur für die Fallkonzeption erweisen können. Wie Sie den Transkripten bereits entnehmen konnten, hatte ihre Mutter dem Kind Sarah gegenüber eine sehr kritische Haltung an den Tag gelegt. Trotz ihrer eigenen gesundheitlichen Probleme hat Sarah Schwierigkeiten, den Forderungen der Mutter Grenzen zu setzen. Stattdessen hält sie sich an die „Sollte“-Vorgaben und unterdrückt ihre Frustration über die Beziehung mit Hilfe von Rationalisierungen. Sie tut dies in einem solchen Ausmaß, dass sie nicht einmal mehr weiß, was sie sich von ihrer Beziehung zur Mutter wünscht, auch wenn wir in den Transkripten sehen können, dass die Werte, die sie verfolgen möchte, durchsickern: Sie möchte eine authentische, fürsorgliche, akzeptierende Beziehung.

Die Dominanz der „Sollte“-Vorgaben, des Geschichtenerzählens und Erklärens und ihre von Kritik bestimmten Erlebnisse mit der Mutter legten nahe, dass das Hauptproblem in kognitiver Fusion lag. Ihre Werte und ihre Fähigkeit, aktiv zu werden (sich z. B. um ihre eigene Gesundheit zu kümmern), stellten Stärken dar. Daher sah der Plan vor, mit Hilfe von Defusionsmethoden für eine erste Offenheit zu sorgen und jede Öffnung auszunutzen, die dadurch entstand, dass ihre Werte mit der Entstehung größerer Akzeptanz und Offenheit verknüpft wurden. Von diesem Punkt aus wäre es psychisch möglich, gesunde Grenzen zu setzen. Ein paar weitere Transkriptausschnitte aus den Sitzungen mit Sarah zeigen, wie sich dieser Plan entwickelte. Dabei wurden andere Fälle eingeflochten, um die wesentlichen therapeutischen Prozesse anschaulich zu machen.

## Eine ACT-Vereinbarung treffen

In jeder Therapie bedarf es einer Übereinkunft zwischen dem Klienten und dem Therapeuten bezüglich des Therapieverlaufs und des übergeordneten Ziels oder Zwecks der Therapie. In der ACT besteht diese *therapeutische Übereinkunft* für gewöhnlich aus zwei Zielen: Lernen, mit Erlebnissen anders umzugehen, und sich auf Werte zubewegen. Normalerweise bitten ACT-Therapeuten um eine Vereinbarung in Bezug auf die Anzahl der Sitzungen (in flexiblen ambulanten Settings sind sechs bis zehn Sitzungen üblich bzw. das Minimum an Sitzungen, zu denen sich der Klient im

Rahmen seiner Krankenversicherung verpflichtet kann oder darf). Außerdem versuchen sie, den Klienten vorzuwarnen, dass der Versuch, mit Erlebnissen anders umzugehen, schwierig sein kann und dass es in den ersten Sitzungen möglicherweise so aussieht, als ginge die Therapie nicht in die richtige Richtung.

Die meisten Therapien konzentrieren sich implizit oder explizit auf den Inhalt schwieriger Gedanken und Gefühle und betrachten ihn als Mittelpunkt der Einschätzung und Intervention. Diese Agenda steht im Zeichen von Behandlungsansätzen (z. B. Umgang mit Angst) und anderen Störungen (z. B. affektiven Störungen). Der ACT machen sie das Leben schwer; die sicherere Vorgehensweise besteht also darin, die Geschichte zu validieren, die zu schwierigen Gedanken und Gefühlen geführt hat (z. B. „Angesichts dieser Umstände in Ihrer Kindheit kann ich verstehen, dass sich Angst zeigt“), auf die Erfahrung des Klienten zu verweisen, dass Barrieren Schmerzen normalerweise verstärken (z. B. „... aber das hört sich so an, als wollten Sie sagen, dass es schlimmer wurde, je heftiger Sie dagegen kämpften“) und anzudeuten wie das Leben in die Warteschleife geraten ist (z. B. „... und die ganze Zeit über, so scheint es, wird Ihr Leben immer kleiner, sind Sie weniger mit anderen Menschen verbunden, weniger lebendig. Versteh ich das richtig?“). Dann kann die zweiteilige ACT-Übereinkunft ins Spiel kommen (z. B. „Also müssen wir zwei Dinge tun: erstens, einen Weg finden, wie Sie mit Ihrer Angst umgehen können, ohne die Rolle, die diese Angst in Ihrem Leben spielt, wichtiger zu machen. Und zweitens, das, was Sie wirklich vom Leben wollen, wieder in den Mittelpunkt stellen“).

## Strategien und Techniken

In dem folgenden Abschnitt stellen wir Ihnen eine Reihe der ACT-Methoden vor. Die ACT verläuft zwar nicht linear, aber Bücher tun es. Bedenken Sie also, dass diese Prozesse in jeder beliebigen Reihenfolge auftreten können.

### Akzeptieren, wo Sie sind („Kreative Hoffnungslosigkeit“)

Das Erleben des Klienten ist die Richtschnur für das, was funktioniert und was nicht funktioniert. In der Anfangsphase der Behandlung erkunden wir die Konsequenzen der Verhaltensmuster, die mit den am weitesten verbreiteten Zielen verknüpft sind: „Dafür sorgen, dass der Schmerz aufhört, damit ich anfangen kann zu leben.“ Es gehört nicht zu unserer Rolle

zu entscheiden, ob oder wie diese Agenda funktioniert, doch es gehört zu unserer Rolle, die Konsequenzen zu erkunden, die sich nach dem Erleben des Klienten für ihn daraus ergeben.

Wir benutzen die anfänglich vorgetragenen Klagen des Klienten als Ausgangspunkt und fragen nach größeren Mustern. Die Probleme eines Klienten werden normalerweise als etwas formuliert, das der Klient denkt, fühlt, erinnert oder spürt. Beziehungen oder soziale Probleme können eine Ausnahme darstellen, doch tiefergehende Erkundungen fördern oft denselben Prozess in einer anderen Form zutage (z. B. „Mein Mann macht mich wütend, wenn er ...“ oder „Ich kann es nicht ertragen, wenn meine Frau so wütend wird, dass sie ...“).

Oft kommen Klienten in die Therapie und sagen: „Ich fühle mich nicht gut“ oder „Es gefällt mir nicht, was ich denke“ oder „Es gefällt mir nicht, woran ich mich erinnere“ oder „Ich bin ängstlich, deprimiert, ein Versager“. Die schlichte Frage „Was haben Sie unternommen, um dieses Problem zu lösen?“ bringt das Gespräch schnell zu den Problemlöseversuchen des Klienten oder vielmehr zu den Versuchen des Klienten, unerwünschte Gedanken, Gefühle, Erinnerungen oder physische Empfindungen zu verändern oder loszuwerden. Die zweite Frage, „Und wie hat das für Sie funktioniert?“ führt im Allgemeinen entweder dazu, dass der Klient einen Misserfolg einräumt oder behauptet, teilweise Erfolg gehabt zu haben. Es hat nicht funktioniert oder es hat ein bisschen funktioniert oder für eine Weile. Weitere Fragen nach dem „Funktionieren“ führen jedoch meist zu einer weiteren Auflistung von nicht funktionierenden Lösungen. Hier ist ein Beispiel für einen Dialog mit einem Klienten, der über Angststörungen klagte:

**Klient:** Nun, ich habe es mit Benzodiazepinen versucht.

**Therapeut:** Wie hat das funktioniert?

**Klient:** Ich fühlte mich besser. Vor allem anfangs. Das war eine Erleichterung.

**Therapeut:** Und was passierte im Laufe der Zeit? Ist dieses Problem, mit dem Sie kämpfen, größer oder kleiner geworden? Hat es sich in weitere Bereiche Ihres Lebens ausgeweitet?

**Klient:** Nun, es ist größer geworden und, ja, es ist jetzt in mehr Bereichen. Jetzt mache ich mir Sorgen, ob ich meine Tabletten dabei habe oder nicht, ob sie schnell genug wirken, ob ich mich so aus einer Situation zurückziehen kann, dass ich sie einnehmen kann.

**Therapeut:** Das hört sich so an, als hätte das so ausgesehen, dass es Ihnen hilft, jedenfalls kurzfristig. Aber wäre es fair zu behaupten, dass Ihre Erfahrung Ihnen sagt, dass das Ihr Problem nicht wirklich löst? Tatsächlich wird das Problem ja größer, warum auch immer. Also, was haben Sie noch unternommen, um die Angst loszuwerden?

Normalerweise setzen wir diese Art der Befragung fort und halten dabei fest, welche Strategien der Klient noch ausprobiert hat. Wir versuchen, auf diese Weise zu verstehen, ob das Erleben des Klienten ihm signalisiert, dass diese Strategien langfristig funktionieren und das Problem kleiner werden lassen, oder ob sie ein größeres Muster ineffektiver Verhaltensweisen schaffen und die Situation verstärken. Die Fragen werden nach und nach so formuliert, dass sie Gemeinsamkeiten in den emotionalen oder kognitiven Veränderungsstrategien aufdecken (z. B. „die Angst dazu bringen, wegzugehen“). Es gäbe keinen Grund, einen Therapeuten aufzusuchen, wenn die aktuellen Problemlöseversuche im Sinne dieser Fragen tatsächlich funktionierten, doch meist gelingt es den Klienten nicht, die Implikationen ihres eigenen Erlebens zu sehen. Sie sehen die „größeren Zusammenhänge“ nicht, weil sie in einer auf Problemlösungen ausgerichteten Geisteshaltung in die Therapie kommen und das „Feststecken“, das sie erleben, die Folge dessen ist, dass sie Problemlösungen auf einen Bereich anwenden, in dem sie nichts zu suchen haben (die eigenen historisch entstandenen Gedanken und Gefühle). Trotz dieser evidenzbasierten Annahme ist es wichtig, das Erleben des Klienten zu beleuchten und es als Richtschnur für die Therapie zu verwenden, statt zu versuchen, dem Klienten ein Erleben aufzunötigen.

Paraphrasieren und Zusammenfassen können dabei wichtige Hilfsmittel sein. Hier ein Beispiel:

**Therapeut:** Es sieht so aus, als hätten Sie versucht, diese Furcht zu beherrschen und hätten unter anderem versucht, Situationen zu meiden. Und obwohl Sie sich besser fühlen, wenn Sie dieser Situation aus dem Weg gehen und daher weniger Angst haben, klingt es so, als würde sie langfristig ein bisschen größer werden, so dass Sie immer mehr meiden müssen, und diese Vermeidung kommt dem Leben in die Quere. Verstehe ich das richtig?

Wenn sich ein Klient mit diesem Verhaltensmuster identifiziert, kann dies ein sehr fruchtbarer Ausgangspunkt für eine Therapie sein, und nicht nur für eine Therapie nach dem ACT-Modell. Ein Beispiel:

**Therapeut:** Wenn das der Fall ist, dann ist Ihr wichtigster Verbündeter Ihr Gefühl, dass das nicht funktioniert. Denn Ihr Kopf wird Ihnen immer wieder Angst machen mit solchen Sätzen wie „Wenn ich aufhöre zu versuchen, meine Angst zu beherrschen, werde ich von ihr erdrückt“. Stimmt's? Also ist es gewissermaßen Ihr sauer verdienter Schmerz, mit dem wir hier leben müssen. Ihr eigenes Erleben sagt Ihnen etwas, und mehr davon wird wahrscheinlich nicht helfen. Lassen Sie uns sehen, ob wir einen Ort finden, der