

ACT in der Behandlung von Depressionen

ACT in the Treatment of Depression

Matthias Wengenroth

Themenschwerpunkt Depression

Zusammenfassung

Es wird ein ACT-basiertes Modell depressiver Störungen vorgestellt, in dem vor allem die Vermeidung innerer Erlebensweisen (experiential avoidance) eine zentrale Rolle spielt. Es wird ein Überblick über die unterschiedlichen Interventionsformen (insbesondere Metaphern und erlebnisorientierte Übungen) gegeben und dann ausführlich auf die sechs therapeutischen Ansatzpunkte einer Behandlung nach dem ACT-Modell eingegangen: Akzeptanz und Bereitschaft, Defusion, Gegenwärtigkeit, Selbst als Kontext, Werte und Commitment. Abschließend wird ein ACT-basiertes Selbsthilfeprogramm des Autors kurz vorgestellt und es werden einige Ergebnisse der Forschung zur Wirksamkeit von ACT in der Behandlung von depressiven Störungen referiert.

Abstract

An ACT-based model of depressive disorders is introduced featuring experiential avoidance as a central component. An overview is given of different forms of intervention in ACT (especially metaphors and experiential exercises) followed by an in-depth presentation of the six leverage points of an ACT-based treatment: acceptance and willingness, defusion, present moment, self as context, values, and commitment. Finally, an ACT-based self-help program designed by the author is briefly introduced as well as some of the results of the research on the effectiveness of ACT as a treatment of depression.

1. Einleitung

1.1. Das ACT-Modell der Depression: Die Kosten der Gefühlsvermeidung

Was aus Sicht der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung führt, lässt sich vergleichen mit einer Autoimmunerkrankung. Dabei richtet sich ein System – das Immunsystem –, dessen eigentliche Funktion in der Abwehr von Krankheitserregern besteht, gegen Zellen des eigenen Körpers. Statt Viren und Bakterien zu bekämpfen, greift das Immunsystem gesunde Bestandteile des Organismus an – mit drastischen, bis hin zu lebensbedrohlichen Konsequenzen.

Wie das Immunsystem ist unser Verstand ein Wunderding, das enorme Leistungen vollbringt und uns vor allem in die Lage versetzt, Probleme zu erkennen, sie zu analysieren und zu lösen. Ohne unseren Verstand wären wir in vielen Situationen hilflos, wären nicht mal in der Lage, einen Apfel zu schälen oder uns die Schuhe zuzubinden. Aber der Verstand hat eine schwarze Seite, die sich dann zeigt, wenn er das, was er tut, um Probleme in der äußeren Welt zu lösen auf innere Vorgänge – Gedanken, Gefühle, körperliche Empfindungen und Handlungstendenzen – anwendet. Wenn er beginnt, diese harmlosen Begleiterscheinungen unseres Menschseins als Probleme zu betrachten und zu versuchen, diese „Probleme“ zu bekämpfen – als wären sie gefährliche Krankheitserreger. Dabei ist dieser Kampf in aller Regel aussichtslos und folgeschwer, denn erstens ist es für einen lebendigen Menschen nicht erreichbar, schmerzhaftes Erleben dauerhaft zu vermeiden, und zweitens ist der Preis dafür, es dennoch zu versuchen, oftmals sehr hoch – im Extremfall besteht er – wie auch bei schweren Autoimmunerkrankungen – im Verlust des Lebens selbst.

Es gibt unterschiedliche Wege in eine Depression. Der gemeinsame Nenner besteht darin, dass ein schwieriges, schmerzhaftes Erleben – z. B. ein Verlust, ein Schuldgefühl, eine Kränkung, eine Erinnerung an ein schlimmes Ereignis – auf ein Bemühen trifft, nicht zu fühlen, was man fühlt und dass an diesem Bemühen festgehalten wird, auch wenn der Erfolg ausbleibt und der Preis hoch ist. Das Streben nach Gefühlskontrolle kann sehr viele Formen annehmen, zu den am weitesten verbreiteten zählen:

- Grübeln (motiviert durch die Vorstellung, man müsse die Ursache des eigenen Unglücks herausfinden, um das dadurch verursachte Leid zu überwinden oder auch dadurch, dass man weniger fühlt, solange man sich in gedanklichen Konstrukten bewegt)
- Vermeidung und Rückzug
- Beschäftigung mit Tod oder Suizid
- Selbstverletzungen (der körperliche Schmerz soll den seelischen überdecken)
- Hungern oder Überessen
- Betäubung durch Substanzen
- Ablenkung durch Verhaltensexzesse (z. B. Einkaufen, Spielen, PC, Sex, Putzen, Arbeiten etc.)
- Ritualisiertes Verhalten/Zwänge
- Perfektionismus (wenn ich alles richtig mache, zeigt das, dass ich doch ein guter Mensch bin und mir nichts vorwerfen lassen muss)
- Überdeckung durch weniger schmerzhaft (oft „harte“) Gefühle (z. B. Hineinsteigern in Hass, Wut, Verachtung)

Auch bestimmte Verhaltensmuster in zwischenmenschlichen Beziehungen können als Versuch betrachtet werden, sich vor bestimmten schmerzhaften Erfahrungen (z. B. Kritik, Zurückweisung, Kränkungen, Beschämung, Verlassenwerden) zu schützen, z. B. Zurückstellen eigener Bedürfnisse, Unnahbarkeit, Anklammern, Jammern oder das Herausstellen eigener Unzulänglichkeiten (um der gefürchteten Abwertung durch das Gegenüber zuvorzukommen).

Ob es auch eine Gefühlsvermeidungsstrategie darstellt, innerlich abzuschalten oder sich gefühllos zu machen oder ob die innere Leere und Leblosgkeit eher Folgen eines durch Vermeidung sinnentleerten, trüben Alltags sind, in dem es kaum noch etwas gibt, was Freude oder Genuss bereitet – die Kosten sind jedenfalls hoch und dennoch wird oft starr an den Kontrollstrategien festgehalten. Dies wird im ACT-Modell durch die Eigenschaft des kognitiven Systems erklärt, Regeln aufzustellen (in diesem Fall zum Gefühlsmanagement) und diese nicht mehr anhand der Konsequenzen ihrer Befolgung zu überprüfen.¹⁾

Neben den individuellen Gründen für das Festhalten an dieser destruktiven „Kontrollagenda“ gibt es auch gesellschaftliche. Unsere Kultur ist geprägt von einem Feelgoodism: der Vorstellung, es sei erstens erstrebenswert und zweitens möglich, sich unaufhörlich gut zu fühlen. Bestimmte „negative“ emotionale Reaktionen werden als Ausdruck von Schwäche, einer „falschen Ein-

stellung“ oder als „böses Omen“ betrachtet. „Wenn du am Leben leidest, dann stimmt etwas nicht mit dir und dann solltest du schleunigst etwas tun, damit sich das ändert“ – so könnte man die Botschaft auf den Punkt bringen und diese bringt Menschen oft zu der Überzeugung, sie müssten sich erst einmal besser fühlen, ehe sie damit anfangen können, aktiv zu werden und ihr Leben nach ihren persönlichen Vorstellungen zu gestalten.

Ein Satz aus einem Roman von Helen Garner bringt vielleicht die zentrale ACT-Botschaft am besten auf den Punkt: „Vielleicht war der Glaube, man sei dazu verpflichtet, glücklich zu sein, der dümmste Einfall auf diesem Planeten“ (Garner, 2009, S. 48). Manchmal reicht schon ein kleiner Denkanstoß in diese Richtung aus, um Menschen, die mit der Tatsache hadern, dass sie „negative“, „falsche“ oder „schlechte“ Gefühle haben, dazu zu verhelfen, mit ihren schwierigen Gefühlen Frieden zu schließen.

2. Therapeutische Strategien

Oftmals bedarf es jedoch weitergehender Unterstützung, um eine ausgeprägte Gefühlsvermeidung aufzulösen und jemanden in die Lage zu versetzen, den nicht zu gewinnenden Kampf um Kontrolle aufzugeben und sich wieder mehr von persönlichen Wert- und Zielvorstellungen leiten zu lassen – sowie von Erfahrungen damit, was ihm dabei helfen kann.

ACT bedient sich dabei therapeutischer Techniken unterschiedlicher Provenienz, eine Reihe von Methoden stammen aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie (z. B. Exposition, Hausaufgaben, Verhaltensexperimente, gezielte Beobachtung, sokratisches Entdecken), aber auch aus der Gestalttherapie (z. B. die Physikaliserungsübung) oder der Achtsamkeitspraxis buddhistischer Prägung (z. B. meditative Übungen, bei denen man „sich selbst beim Denken zuschaut“). Dem Eklektizismus in den Methoden steht aber eine hohe Stringenz auf der Seite der theoretischen Grundlage (Basis ist die Lerntheorie, speziell die Weiterentwicklung zur Bezugsrahmentheorie) sowie der therapeutischen Ansatzpunkte (siehe unten) gegenüber (Hayes & Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2012).

Besonders typisch für die Arbeit mit ACT ist der Einsatz von Metaphern und erlebnisbasierten Übungen. Metaphern haben den Vorteil, dass sie einprägsam sind, flexibel auf unterschiedliche Situationen angewendet werden können und durch ihren visuellen Charakter einen Kontrapunkt darstellen zu verbal formulierten Regeln. Ganze Bücher widmen sich mittlerweile den ACT-Metaphern und ihrer therapeutischen Verwendung. Auch erlebnisbasierte Übungen bilden ein Gegengewicht zur verbreiteten „Kopflastigkeit“ depressiver Menschen, ermöglichen Lernprozesse über die reine Vermittlung von Einsichten hinaus und erleichtern es generell, wieder ins Handeln zu kommen.

3. Therapeutische Ansatzpunkte

Sechs Ansatzpunkte für die therapeutische Arbeit mit ACT werden voneinander unterschieden, bei denen es jeweils gilt, eine bestimmte dysfunktionale Haltung, Gewohnheit oder Umgangsweise (in der ACT-Literatur wird oft schlicht von Prozessen, processes, gesprochen) zugunsten günstigerer Haltungen und einer erhöhten psychischen Flexibilität aufzulösen.

3.1. Akzeptanz

Wesentliches Ziel der Therapie ist die Aufgabe einer rigiden und dysfunktionalen Gefühlsvermeidung und der Aufbau einer Alternative: einer akzeptierenden Haltung dem eigenen inneren Erleben gegenüber und einer Bereitschaft, auch Dinge zu tun, die mit schmerzhaften Gedanken oder Gefühlen verbunden sind.

Oftmals wird zu Anfang der Therapie genau untersucht, welche inneren Regungen vermieden oder bekämpft werden, mit welchen Mitteln dies geschieht – und mit welchen Folgen. „Unter welchen Gefühlen leiden Sie am meisten?“, fragen wir zum Beispiel. „Und was tun Sie, wenn Sie sich so fühlen, wie gehen Sie damit um?“ Die Frage nach dem Erfolg der Bemühungen um Gefühlskontrolle führt dann oft zu der Erkenntnis, dass ein Großteil davon erfolglos war und mehr geschadet als genutzt hat. Dies mündet in einen Zustand, der in ACT „kreative Hoffnungslosigkeit“ genannt wird: Die Einsicht, dass der Kampf gegen „schlechte“ Gefühle vergeblich ist, kann die Grundlage sein für eine 180-Grad-Wende: Wenn der Kampf vergeblich ist, dann sollte ich mir etwas anderes einfallen lassen.

Wichtig ist, dass nicht der Eindruck vermittelt wird, das Bemühen um Kontrolle sei per se krankhaft oder ein Zeichen von Dummheit. Wir sind alle manchmal „Kontrollfreaks“ und werden auch durch unsere Kultur dazu angehalten, es zu sein. Manchmal funktioniert die Kontrolle innerer Regungen auch, zumindest kurzfristig, allerdings sollten wir genau hinschauen und differenzieren – und wir sollten über Alternativen verfügen für die Fälle, in denen der Versuch, inneres Erleben in den Griff zu bekommen, scheitert – oder mit zu hohen Kosten verbunden ist.

Hilfreich ist die Unterscheidung zwischen „sauberem“ und „schmutzigem“ Leid, die in ACT getroffen wird (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2012). Sauberes Leid ist dasjenige, das das Leben unausweichlich für uns Menschen mit sich bringt: Traurigkeit, wenn wir einen Verlust erfahren, Angst als Reaktion auf eine Bedrohung, Ärger, wenn unsere Grenzen verletzt werden usw. Schmutziges Leid entsteht durch das Bemühen, dieses Leid auszuschalten. Jemand hat eine schmerzhaft Trennung hinter sich (sauberes Leid) und geht keine neue Partnerschaft ein, aus Angst, erneut enttäuscht zu werden. Auf die Dauer fühlt er sich immer einsamer und niedergeschla-

gener (schmutziges Leid). Ein Vater hat Schuldgefühle seinen Kindern gegenüber (sauberes Leid), vermeidet deshalb den Kontakt zu ihnen. Er entfremdet sich von ihnen, vermisst sie und seine Schuldgefühle verstärken sich noch (schmutziges Leid). Eine junge Frau hat einen Konflikt mit ihrer Vorgesetzten, fühlt sich unverstanden (sauberes Leid), geht am folgenden Tag nicht zur Arbeit, sondern bleibt im Bett, ist am Abend unzufrieden und hat noch größere Angst, wieder ins Büro zu gehen (schmutziges Leid). Diese Unterscheidung einzuführen und einzelne negative Erlebnisinhalte einer der beiden Kategorien zuzuordnen, kann die Motivation stärken, über die Akzeptanz von sauberem Leid das oftmals viel bedrückendere, lähmende und sinnlose schmutzige Leid abzubauen.

Die Akzeptanz bezieht sich also nicht auf „die Depression“ insgesamt. Depressivsein ist ein sehr belastender, auf die Dauer schwer erträglicher Zustand, der zu einem großen Teil aus emotionaler Vermeidung und den Folgen dieser Vermeidung besteht (also dem schmutzigen Leid). Ebenso wenig bezieht sich die Akzeptanz auf prinzipiell veränderbare Lebensumstände (wie zum Beispiel eine missbräuchliche Beziehung) oder ungünstige Verhaltensweisen (z. B. schädlicher Substanzgebrauch). Bei der Akzeptanz im Sinne von ACT geht es vielmehr darum, eine offene, nicht wertende Haltung gegenüber den verschiedenen Aspekten des inneren Erlebens zu fördern. Der „Gefühlskontrollmechanismus“ in unserem Kopf springt immer dann an, wenn etwas als negativ (oder falsch, schlecht, peinlich, unpassend etc.) bewertet wird. Daher besteht eine Möglichkeit, Akzeptanz zu fördern darin, in der Kommunikation über das Erleben den Schwerpunkt weg vom Bewerten und hin zum Beschreiben zu verschieben, also zum Beispiel detailliert die Gedanken, Gefühle, Empfindungen und Wünsche zu explorieren, die jemand in sich wahrnimmt, der sagt, es gehe ihm schlecht. (Das geschieht sicher in den meisten verbalen Therapieformen, möglicherweise jedoch mit einer anderen Begründung und Zielsetzung als in ACT).

Sowohl Situationen innerhalb als außerhalb der Therapiesitzung bieten sich als Übungen eines akzeptierenden Umgangs mit schwierigen Gedanken und Gefühlen an, und das Vorgehen hat oft Ähnlichkeit mit der Technik, die in der klassischen Verhaltenstherapie Exposition (oder Reizkonfrontation) genannt wird. Der Unterschied ist die Zielsetzung: Die Exposition im Rahmen von ACT dient nicht primär dem Erleben von Habituation oder einer kognitiven Neubewertung, sondern dem Erlernen eines akzeptierenden Umgangs mit schwierigem Erleben.

Hilfreich bei der Förderung von Bereitschaft kann es sein, zu üben, in schwierigen Situationen sich selbst mitfühlend und tröstend zu begegnen, „Selbsteilnahme“ (self compassion) zu praktizieren. Es lohnt sich, daran zu erinnern, dass man jemandem, den man tröstet, nicht unbedingt den Schmerz nimmt, sondern dass man ihm erlaubt, zum Ausdruck zu bringen, was er fühlt und dabei zugewandt und freundlich bleibt.

3.2. Defusion

ACT unterscheidet sich von anderen kognitiv-behavioralen Therapien (z. B. Beck, 1979; Ellis, 1997) darin, dass nicht versucht wird, den Inhalt oder die Häufigkeit bestimmter Gedanken zu verändern. „Kognitive Umstrukturierung“ ist ACT zufolge ein eher aussichtsloses Unterfangen, da Gedanken zu einem Großteil automatisch ablaufen und bestimmte Gedanken eher häufiger und intensiver werden, wenn man versucht, sie zu unterdrücken, durch andere zu ersetzen oder durch Gegenargumente zu widerlegen. ACT zielt vielmehr darauf ab, die Funktion bestimmter Kognitionen durch eine Modifikation ihres Kontextes zu verändern oder – in der ACT-Terminologie – die Fähigkeit zu stärken, die „Fusion“ mit kognitiven Inhalten aufzuheben und so die Wirkung zu verändern, die die Gedanken auf unser Erleben und Verhalten haben, ohne sie selbst zu modifizieren oder loswerden zu müssen.

Wenn wir mit unseren Gedanken fusioniert sind, nehmen wir sie wörtlich, sie haben dann viel Macht über uns.

Das Gegenteil von Fusion – Defusion – bedeutet, dass wir einen bestimmten Gedanken durchaus denken können, dieser Gedanke aber nicht automatisch mit einer bestimmten Reaktion verbunden ist. Wir können denken: „Das schaff ich nie“ – und es trotzdem versuchen, wenn wir in unseren Gedanken keine ultimativen Wahrheiten sehen, sondern sie als das betrachten, was sie sind: mentale Ereignisse, Produkte unseres Geistes, Ergebnis unserer „Programmierung“, manchmal hilfreich, manchmal nicht. Das populäre „Glaube nicht alles, was du denkst“ trifft ein bisschen das, was mit Defusion gemeint ist, Defusion geht aber noch darüber hinaus. Es geht noch nicht einmal darum, den Gedanken „Ich bin nichts wert“ nicht zu glauben, sondern eher zu lernen, ihn als etwas zu betrachten, das nicht weiter relevant ist, so wenig Energie wie möglich daran zu verschwenden und sich von diesem Gedanken nicht daran hindern zu lassen, werteorientiert zu handeln.

Es gibt ein breites Spektrum an Defusionstechniken (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2012), die in der Therapie vermittelt werden können. Hierzu zählen unter anderem:

- Metaphern (z. B. Gedanken mit einem Angelhaken zu vergleichen, an dem man sich festbeißen kann oder an dem man einfach vorbeischwimmen kann; mit einem Werkzeug, das man benutzen – oder links liegen lassen kann; oder mit einer Distel, die wehtun kann oder nicht, je nachdem, wie man sie in der Hand hält)
- meditative Übungen (z. B. Gedanken eine Zeitlang kommen und gehen zu lassen, vielleicht mit Hilfe ei-

ner visuellen Vorstellung, z. B., dass man sie in Luftblasen setzt, die in einem Wasserbecken aufsteigen)

- spielerische Verfremdung (z. B. einen Gedanken zu singen, ihn mit einem bestimmten Akzent zu sprechen, ihn in schlechtes Englisch zu übersetzen, alle Vokale durch „ü“ zu ersetzen, auf jede Silbe ein „bla“ folgen lassen)
- Veränderung sprachlicher Konventionen (z. B. schwierige Sätze mit: „Ich habe gerade den Gedanken, dass“ oder „Ich scheine meinem Verstand gerade den Gedanken abzukaufen, dass ich ...“ einleiten)

Gerade die Verfremdungstechniken verursachen oft Heiterkeit – was sehr willkommen ist: Wenn über schwierige Gedanken (und sei ihr Inhalt noch so düster und negativ) gelacht werden kann, ist das ein gutes Zeichen. Noch mehr als in der Nutzung solcher Techniken äußert sich die Defusion auch im therapeutischen Prozess: Das Auftreten von Gedanken jedweder Art wird grundsätzlich nicht als Problem betrachtet und es wird nicht versucht, gegen bestimmte Gedanken anzuarargumentieren. Auch stellt sich die Therapeutin bzw. der Therapeut nicht als jemand dar, der nur vernünftige Gedanken hat, sondern offenbart im angemessenen Rahmen auch eigene schwierige Gedanken und die Tendenz, sich in sie zu verstricken.

3.3. Gegenwärtigkeit

Ein Merkmal des depressiven Zustands ist, dass die Betroffenen wenig mit ihrem Bewusstsein in der Gegenwart sind, sondern sich viel mit Vergangenem oder Zukünftigem beschäftigen. Sie hängen oft in Grübelschleifen fest über vergangene Ereignisse, ihre Ursachen, Möglichkeiten, die es gegeben hätte, ihr Eintreten zu verhindern, mögliche Konsequenzen für ihr weiteres Leben usw. Oder sie machen sich Sorgen um Zukünftiges, z. B. was noch alles auf sie zukommen könnte oder ob sie Anforderungen gewachsen sein werden. Dahinter steckt vielleicht die Hoffnung, auf diese Weise aus vergangenen Fehlern lernen zu können oder besser für zukünftige Schwierigkeiten gewappnet zu sein. Auch Vermeidung kann hier eine Rolle spielen: Wenn die Gegenwart als zu schmerzhaft empfunden wird, taucht man vielleicht lieber in konstruierte Vergangenheiten oder Zukunftsvisionen ab – und seien diese noch so düster. Sicher ist es nicht grundlegend verkehrt, sich mit Kommendem oder Vergangenem zu beschäftigen, zu einem Problem wird es aber, wenn es exzessiv betrieben wird und die Gegenwart nicht oder kaum noch zur Kenntnis genommen wird. Es fehlt dann an Möglichkeiten, die aktuellen inneren und äußeren Bedingungen wahrzunehmen, diese durch Entscheidungen zu gestalten, daraus wiederum Erkenntnisse abzuleiten, zu lernen und zu wachsen – und nicht zuletzt auch erfreuliche, wohltuende Erfahrungen zu machen.

Gefördert wird die Fähigkeit zur Gegenwärtigkeit unter anderem dadurch, dass auch im therapeutischen Prozess die Aufmerksamkeit möglichst häufig auf das aktuelle Erleben gelenkt wird, selbst wenn es in Relation zu etwas Vergangenen oder Zukünftigem steht – beispielsweise mit Fragen wie: „Wie geht es Ihnen jetzt mit dem, was damals geschehen ist?“, „Was denken Sie jetzt darüber, wie Sie sich in der kommenden Situation gerne verhalten möchten?“, „Sie machen gerade einen etwas bedrückten Eindruck, wie geht es Ihnen mit dem, was ich gerade gesagt habe?“

Auch formale Achtsamkeitsübungen sind eine gute Möglichkeit, die Fähigkeit zur Gegenwärtigkeit zu stärken. Meditative Übungen können in die therapeutischen Sitzungen integriert werden oder es kann die Teilnahme an einem separaten Programm zur Achtsamkeitsschulung empfohlen werden. Nicht immer lässt sich eine Motivation zur Etablierung einer regelmäßigen Meditationspraxis aufbauen, aber vor allem bei einer starken Grübelneigung bietet es sich an, Übungen zur Lenkung der Aufmerksamkeit (z. B. auf den Atem oder auf Geräusche) vorzustellen. Wenn meditative Übungen noch eine Überforderung darstellen (weil dabei gleich in Grübelschleifen verfallen wird), kann die achtsame Durchführung einfacher Aktivitäten (Gehen, leichte Arbeiten, Ausmalen, Musizieren) einen Einstieg darstellen.

3.4. Selbst als Kontext

Wir alle haben eine mehr oder minder festgefügte Vorstellung davon, was für eine Art von Menschen wir sind, von unseren Vorlieben und Abneigungen, unseren Stärken und Schwächen, unseren Eigenschaften als Person. Depressive Menschen haben oft ein negativ gefärbtes Selbstbild (zu dumm, zu hässlich, zu faul, zu langweilig, zu schwach, unbeliebt, der geborene Verlierer etc.) und dieses führt oftmals dazu, dass bestimmte Ziele und Verhaltensweisen, die mit diesem Selbstbild nicht vereinbar sind, von vornherein ausgeschlossen werden. Das Selbstbild wird so zu einem Gefängnis – oder auch zu einem Ruhekitzchen.

ACT verspricht sich nicht viel davon, das Selbstkonzept zu verändern (also ein neues Gefängnis zu bauen, das ein bisschen größer und schöner ist, aber ein Gefängnis bleibt), sondern arbeitet an der Fähigkeit, eine andere Perspektive zu sich selbst einzunehmen, sozusagen auf eine andere Ebene zu gehen und sich als Beobachter all dessen zu erleben, was um einen herum und in einem selbst geschieht, einschließlich der Art und Weise, wie der Verstand das Gefängnis immer wieder neu errichtet. Dieses Selbst als Kontext allen Erlebens ist stabil, ist nicht bedroht durch das, was es erlebt – so wie etwa ein Schachbrett nicht bedroht ist durch den Stand des Spiels, egal ob gerade die weißen oder die schwarzen Figuren die Oberhand haben. Das Verhältnis zwischen Schachfiguren und dem Brett ist eine bekannte ACT-Metapher, um das Konzept des Selbst als Kontext

zu verdeutlichen, eine andere ist die des Himmels („Die Wolken sind deine Gedanken und Gefühle, du bist der Himmel“).

Durch bestimmte sprachliche Konventionen, z. B. bei Achtsamkeitsmeditationen („Du bist nicht deine Gedanken und Gefühle, du hast Gedanken und Gefühle“, „Beobachte und mach dir bewusst, dass du beobachtest, Beobachter und Beobachtetes können nicht dasselbe sein“), kann auf den Unterschied zwischen dem Selbst als Inhalt und dem Selbst als Kontext hingewiesen werden. Damit kann das Selbst als Kontext als „sicherer Ort“ stärker zur Verfügung stehen, wenn schwierige Gedanken oder Gefühle auftauchen.

Manche Menschen haben kein stabiles Selbst als Kontext ausgebildet, z. B. weil sie wenig nach ihren Bedürfnissen und Gefühlen befragt wurden bzw. auf entsprechende Fragen keine ehrlichen Antworten erwartet wurden, sodass sie gelernt haben, nicht wirklich von sich selbst zu sprechen, auch wenn sie „ich“ sagen. Solche Menschen profitieren von einer Therapie, in der sich jemand für ihre Innenwelt interessiert und sie sich frei fühlen, offen von ihren Vorstellungen, Empfindungen etc. zu sprechen (was eher ein Aspekt der therapeutischen Beziehung als des spezifischen Vorgehens darstellt).

3.5. Werte

Als ein Kernsymptom depressiver Störungen gilt die Interesselosigkeit. Betroffene geben oft an, nichts mehr wichtig zu finden, sich für nichts mehr zu interessieren, keinen Sinn mehr in den Dingen oder ihrem Leben zu sehen. Sie haben das aus dem Blick verloren, was ACT als „Vorstellungen von einem gut gelebten Leben“ bezeichnet – oder schlicht als Werte (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2012). Ein wichtiges Ziel einer Therapie nach dem ACT-Modell besteht darin, wieder in Kontakt zu kommen mit den eigenen Wertvorstellungen – oder überhaupt eine eigene Vorstellung davon zu entwickeln und zu formulieren, worauf man Wert legt.

ACT setzt bei der Überwindung von Depressionen darauf, dem Leben wieder „Hin-zu-Qualität“ zu verleihen und dadurch das „Weg-von“ zu überwinden, in das sich der depressive Mensch oftmals verstrickt hat, und dabei spielen, wie in anderen verhaltenstherapeutischen Ansätzen, positiv formulierte Ziele eine wichtige Rolle. ACT regt dazu an, Ziele zu formulieren, hält aber die Arbeit an Werten bzw. eine Ausrichtung auf Werte für ebenso wichtig oder sogar noch lohnenswerter. Dabei geht es nicht darum, ein geschlossenes und feststehendes System von Werten zu etablieren, sondern die Fähigkeit und die Bereitschaft zu erhöhen, auf etwas Wert zu legen – und mögliche Barrieren zu überwinden, die das schwer machen könnten. Werte müssen nicht begründet werden, sie werden frei gewählt, es gibt – zumindest aus der Sicht von ACT keine – „falschen Werte“, daher ist die Beschäftigung mit den Werten ein Bereich, in dem sich auch Menschen mit sehr niedrigem Funktionsniveau als

intakt erleben können. Werte erlauben die Ausrichtung des Verhaltens auf Konsequenzen, die in weiter Ferne liegen, ambivalent oder unsicher sind, und sie bilden eine Art Klebstoff, der für eine gewisse Kohärenz zwischen verschiedenen Zielen sorgt. Sie können das Verhalten über einen längeren Zeitraum steuern, prinzipiell sogar lebenslang.

Während die meisten Ziele irgendwann erreicht sind (und dann abgehakt werden können), lassen sich aus Wertvorstellungen immer wieder neue Ziele und Handlungsweisen ableiten.

Auch für die Wertearbeit wurde eine Reihe von Techniken (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2012) entwickelt, die naheliegendste und einfachste besteht darin, Fragen zu stellen wie: „Wofür wollen Sie stehen?“, „Wer oder was ist Ihnen wichtig?“, „Welche Richtung wollen Sie einschlagen?“, „Was wünschen Sie sich für Ihr Leben“? „Was wollen Sie mit Ihrer Zeit anfangen?“ Depressive Menschen sagen manchmal Dinge wie: „Mir ist gar nichts mehr wichtig“, dann besteht eine Möglichkeit darin, sich danach zu erkundigen, was Ihnen einmal wichtig gewesen ist. Einen anderen Zugang kann ein Wertefragebogen (z. B. Wengenroth, 2017, S. 284 ff) bieten, vor allem dann, wenn die Aufmerksamkeit noch so sehr auf das „Weg-von“ fokussiert ist, dass das spontane Benennen von Wertvorstellungen noch zu schwierig ist. Eine andere Möglichkeit ist der Einsatz eines Kartensets mit Darstellungen von Aktivitäten und Situationen aus verschiedensten Lebensbereichen, aus denen die ansprechendsten auszuwählen sind. Diese Auswahl wird dann daraufhin betrachtet, was sie über die individuellen Wertvorstellungen aussagen könnten.

Auch ein „Werte-Tagebuch“, in dem Episoden festgehalten werden, bei denen Emotionen aufgetreten sind, und die Untersuchung dieser Aufzeichnungen auf mögliche Rückschlüsse über die persönlichen Wertvorstellungen stellen eine Möglichkeit dar, Werte zu eruieren (und können gleichzeitig die Akzeptanz von Gefühlen verbessern, da diesen als Signal für die subjektive Bedeutsamkeit einer Situation eine wichtige Funktion zukommt.)

3.6. Commitment

Manchmal ist es in der Therapie ausreichend, die Hürden, die einem werteorientierten Handeln entgegenstehen (also die Neigung zur Gefühlsvermeidung, die Fusion mit bestimmten Gedanken, das mangelnde Ich-Erleben, die fehlende Gegenwärtigkeit oder die Unklarheit über persönliche Werte) zu bearbeiten. Manchmal aber bleibt es bei der Passivität bzw. dem Verharren in

ungünstigen Verhaltensmustern. Dahinter kann die Neigung stehen, sich zu sehr darauf zu verlassen, dass man schon im richtigen Moment „spontan“ motiviert ist, das Richtige zu tun, die Vorstellung, dass man auf einer Woge der spontan auftretenden Gefühle und Motivationen reiten kann, ohne bewusste Entscheidungen zu treffen, ohne sich Gedanken über mögliche Konsequenzen zu machen, ohne zu planen und ohne sich innerlich festzulegen – also ohne – leider gibt es kein gutes deutsches Wort dafür – Commitments einzugehen.

Insbesondere, wenn man in der Vergangenheit oft die Erfahrung gemacht hat, Vorsätze gefasst zu haben und gescheitert zu sein, sieht man möglicherweise keinen Sinn mehr darin, sich in irgendeiner Weise festzulegen bzw. scheut sich davor – aus Angst vor einem erneuten Scheitern.

Lege ich mich aber nicht fest, lasse ich alles laufen bzw. mache mein Verhalten allein davon abhängig, ob ich gerade Lust zu etwas habe oder nicht, werde ich zum „Fähnchen im Wind“ und die Gefahr ist groß, dass ich nicht aus meinem depressiven Zustand herauskomme bzw. bei dem geringsten Widerstand wieder dort hineingerate.

Die Metapher von einer Grube, in der Depressive stecken, kann hier hilfreich sein: Aus dem Loch kommt man nur heraus, wenn man die Leiter nach oben Sprosse für Sprosse wieder herausklettert. Wenn das Loch aber sehr tief ist, bemerkt man am Anfang vielleicht noch gar keine positive Veränderung. Es ist anstrengend zu klettern, bleibt aber noch eine ganze Zeit dunkel und kalt. Erst nach einer ganzen Weile – wenn man schon fast aus dem Loch herausgeklettert ist – wird es heller und wärmer.

Depressive glauben manchmal – insbesondere, wenn sie schon lange depressiv sind –, dass alle anderen Menschen locker und leicht durchs Leben gleiten und keine Barrieren kennen. Dass jeder Mensch Hindernisse erfährt, die sich oft nur dann überwinden lassen, wenn er sich auf der einen Seite auf Werte, Ziele und Handlungsweisen festlegt und auf der anderen Seite die Bereitschaft aufbringt, dabei auch schwieriges inneres Erleben in Kauf zu nehmen, lässt sich – das Bestehen einer guten therapeutischen Beziehung vorausgesetzt – manchmal gut in Form einer gezielten Selbstoffenbarung vermitteln.

Zum Selbstbild von depressiven Menschen gehört nicht selten die Vorstellung, willensschwach oder undiszipliniert zu sein. ACT würde auch hier versuchen, die Fusion mit diesem ungünstigen Selbstkonzept zu überwinden (wie wärs mit „Ach, ich bin ja so ‚ündüszüplünürt‘.“?) und betonen, dass Willensstärke nicht ein „Ding“ ist, das man hat oder nicht hat, sondern eher eine Verhaltensgewohnheit, die darin besteht, einen Weg (Wert, Ziel, Handlungsweise) auszuwählen, diesen Weg unabhängig davon, wie es sich anfühlt, zu beschreiten und immer dann, wenn man feststellt, dass man von diesem Weg abgewichen ist, wieder auf ihn zurückzukommen.

Das zu tun, von dem man gesagt hat, dass man es tun würde, könnte man als ein Verhaltensmuster be-

zeichnen – vielleicht ist es das wichtigste Muster überhaupt (so heißt es jedenfalls bei Hayes & Smith, 2005, S. 190). Hilfreich kann es sein, zu verdeutlichen, dass es auch eine Entlastung darstellen kann, bei einer einmal getroffenen Entscheidung zu bleiben, selbst wenn Zweifel auftauchen, ob es die richtige ist. Schließlich gibt es in jeder Lebenssituation Gründe, die für, und Gründe, die gegen eine bestimmte Entscheidung sprechen. Es kann das Leben sehr vereinfachen, wenn ich mich beim Auftauchen von Zweifeln oder Gegenstimmen („Ob das wirklich richtig ist?“, „Das bringt doch nichts“, „Ich habe aber überhaupt keine Lust dazu“) bei meinem Verstand für diese Gedanken bedanke – allgemein eine sehr nützliche Defusionstechnik – und „ihm“ auf seine Bedenken etwas antworte wie: „Vielen Dank, lieber Verstand, aber ich habe mich schon entschieden.“

Die Aktivierung ist ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung der Depression, das Ziel wird traditionell in einem Ausgleich eines bestehenden Verstärkerdefizits gesehen. Aktivierung ist möglicherweise der wirksamste Bestandteil stationärer Behandlungsprogramme. Auch ACT setzt Verhaltensaktivierung ein, allerdings mit einer etwas breiteren Zielsetzung. Es werden quasi alle fünf anderen therapeutischen Ansatzpunkte zusammengeführt, indem (1) Wertebereiche identifiziert werden, in denen eine Verhaltensveränderung angestrebt wird, (2) Ziele formuliert werden, die einer verstärkten Umsetzung des Wertes gleichkommen, (3) Handlungen beschrieben werden, die das Erreichen der Ziele wahrscheinlich machen, (4) mögliche innere Barrieren ausgemacht werden, die dabei auftreten könnten und (5) hilfreiche Möglichkeiten im Umgang mit diesen Barrieren (z. B. Defusion, Akzeptanz, Gegenwärtigkeit) benannt und gegebenenfalls eingeübt werden (Hayes, Strosahl & Wilson 1999, 2012).

Auch bei einer gründlichen Vorbereitung einer Aktivität (und obwohl darauf geachtet wurde, dass eine hohe Motivation besteht und das Ziel erreichbar erscheint), ist es nicht selten, dass depressive Menschen davor zurückscheuen, sich festzulegen und Dinge sagen wie „Ich hoffe, ich mache es“ oder „Ich versuche es“. Das kann eine Falle sein und ein Anzeichen für ein mangelndes Commitment. Manchmal hilft dann ein Hinweis darauf, dass es nicht darum geht, auf etwas zu hoffen (hoffen kann ich, dass mein Verhalten bestimmte erwünschte Folgen hat, aber ob ich es tu oder nicht, ist keine Sache des Hoffens, sondern einer Wahl, die es zu treffen gilt). Ähnliches gilt für das Versuchen. Es gibt in Bezug auf das Handeln kein Versuchen, nur Tun oder Nicht-Tun. Dies lässt sich gut mit der Aufforderung zu einer einfachen Handlung veranschaulichen: „Versuchen Sie einmal, den Stift in die Hand zu nehmen. Nein, Sie sollen es nicht tun, Sie sollen es versuchen. Sehen Sie, versuchen geht gar nicht. Sie tun es oder Sie tun es nicht.“

„Das macht mir zu viel Druck“ kann ein Argument gegen das Eingehen eines Commitments darstellen. Hier hilft vielleicht der Hinweis, dass es eine allgemein

menschliche Erfahrung ist, ein eingegangenes Commitment nicht einzuhalten und dass das nicht das Ende der Welt ist (und dadurch den Druck zu vermindern), dass dies aber nicht grundsätzlich gegen Commitments spricht. Es kann auch hilfreich sein, mit dem Eingehen von Commitments zu experimentieren (z. B. einen Tag oder eine Woche mit Commitments mit einem Tag oder einer Woche ohne Commitments zu vergleichen, um zu sehen, was besser funktioniert).

4. Integration der verschiedenen Ansatzpunkte in einen Behandlungsplan und ein Selbsthilfeprogramm

In den frühen Publikationen zu ACT (z. B. Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) wurde ein gestuftes Vorgehen propagiert, bei dem beispielsweise zuerst am Thema Akzeptanz, danach an der Defusion, dann an Gegenwärtigkeit und Selbst als Kontext und abschließend an Werten und Commitments gearbeitet wurde und immer erst dann zum nächsten ACT-Prozess weitergegangen wurde, wenn sich zeigte, dass bestimmte Zielsetzungen erreicht waren.

In neueren Publikationen (z. B. Eifert & Forsyth, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) wird eher für ein flexibles Vorgehen plädiert, bei dem die Ansatzpunkte und Interventionen individuell miteinander kombiniert und auf die entsprechende Situation und die entsprechenden Anliegen zugeschnitten werden.

Ein strukturiertes Vorgehen mit einer sukzessiven Behandlung einzelner ACT-Prozesse und einer vorgegebenen Abfolge von Interventionen empfiehlt sich am ehesten noch für Gruppentherapien oder auch für Selbsthilfleanleitungen. Das Programm „Gib dich nicht auf“ (Wengenroth, 2019), das als Selbsthilfeprogramm konzipiert wurde, aber auch therapiebegleitend eingesetzt werden kann, besteht aus 12 Einheiten, in denen jeweils ein bis zwei Ansatzpunkte näher behandelt werden, die dann zirkulär in späteren Einheiten wieder aufgegriffen und vertieft werden. Der Text ist in leicht verständlicher Sprache verfasst, enthält konkrete Handlungsanleitungen, geht auf mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung ein, enthält einen „Übungsplan“ sowie Illustrationen zur zusätzlich optischen Verdeutlichung der wesentlichen Aussagen. Die Abfolge der Einheiten ist wie folgt:

In der ersten Einheit wird eine mitfühlende Haltung sich selbst gegenüber und der Nutzen dieser Selbstanteilnahme dargestellt und gegenüber dem verpönten Selbstmitleid abgegrenzt. Es folgen eine Anleitung zu einer Selbstmitgeföhlsmeditation und Hinweise zu möglichen Schwierigkeiten, die bei dieser und anderen Achtsamkeitsübungen auftreten können. Außerdem werden noch grundlegende Informationen zum Störungsbild einer Depression sowie zu Entstehungsbedingungen gegeben (in Form von Metaphern, etwa dem Rucksack

voller schmutzigem Leid, dem Schneckenhaus als Rückzugsort, dem fehlenden Kompass als Mangel an Werteklarheit oder der dicken grauen Decke der Gefühlsvermeidung).

In der zweiten Einheit wird das Thema Achtsamkeit anhand der Metapher vom Koch eingeführt, der nur Kochbücher liest, anstatt auch seine Sinne zu benutzen und unmittelbare eigene Erfahrungen zu sammeln. Es werden zwei Defusionstechniken (sich bei seinem Verstand für einen Gedanken bedanken und Gedanken zu betrachten wie einen eingblendeten Newsticker in einem Fernsehprogramm) vorgestellt sowie eine Metapher für die Funktion der Aufmerksamkeit (Taschenlampe). Abschließend folgt eine Anleitung zum achtsamen Atmen sowie eine Selbstbeobachtungsübung zum Registrieren von ungünstiger Fusion (auf der Grundlage der Angelhakenmetapher).

Im Zentrum der dritten Einheit steht die Reflexion der persönlichen Kontrollagenda. Es werden typische depressive Gefühlskontrollstrategien beschrieben und es erfolgt eine Anleitung zur Auseinandersetzung mit den eigenen Formen von Gefühlsvermeidung.

In der vierten Einheit werden die persönlichen Kontrollstrategien dann auf mögliche Kosten hin untersucht, es wird das Konzept vom sauberen und schmutzigen Leid vorgestellt und es wird ein akzeptierender Umgang mit schwierigen Gefühlen als Alternative zum Bemühen um Kontrolle vorgestellt. Am Schluss dieses Schrittes steht eine Anleitung zur sogenannten Physikalisisierungsübung (bei der Gefühle in der Vorstellung aus dem Inneren herausgenommen, anhand physikalischer Merkmale wie Farbe, Form und Temperatur beschrieben und dann bewusst wieder ins Innere aufgenommen werden).

In der fünften Einheit wird dann auf das Thema Werte eingegangen. Persönliche Wertvorstellungen werden mit einem Kompass verglichen, der gerade in schwierigen Situationen hilfreiche Orientierung bieten kann. Mithilfe eines „Wertebraintormings“ sowie einer Liste aus 12 Fragen (z. B. „Was würden Sie tun, wenn Sie im Lotto gewinnen würden?“, „Was würden Sie machen, wenn Sie wüssten, dass Sie nur noch kurze Zeit zu leben hätten?“ oder „An welche Kindheitsträume erinnern Sie sich?“) wird eine Verbindung zu den persönlichen Vorstellungen von einem guten Leben hergestellt.

In der sechsten Einheit geht es zum einen noch einmal um die Akzeptanz von inneren Reaktionen. Es werden zehn „goldene Regeln“ für den Umgang mit Gefühlen vorgestellt und es wird auf die Möglichkeit hingewiesen, sich mithilfe schwieriger Gefühle seiner eigenen Werte stärker bewusst zu werden. Es folgt dann eine Übung zur Beleuchtung des eigenen Selbstbilds sowie eine Anleitung zu einer Übung in bedingungsloser Selbstakzeptanz.

In der siebten Einheit geht es noch einmal um das Thema Werte: Die bisherigen Beobachtungen und Erkenntnisse sollen zusammengefasst werden. Das Leben wird mit einem Garten mit unterschiedlichen Bereichen verglichen und es wird eine Reflexion darüber angeregt,

was man sich für die verschiedenen Bereiche seines Lebensgartens (Selbstfürsorge, persönliches Wachstum, zwischenmenschliche Beziehungen, Beruf und gesellschaftliches Engagement) wünscht sowie darüber, wie es aktuell in diesen Bereichen aussieht und von welchen Wertvorstellungen man sich in Zukunft stärker leiten lassen möchte.

In der achten Einheit beginnt das Experimentieren mit Commitments: Es sollen Vorsätze für bestimmte Aktivitäten bzw. Verhaltensveränderungen gefasst und die psychologischen Barrieren erforscht werden, die dabei auftreten können.

In der neunten Einheit wird dann der Unterschied zwischen einem fusionierten und einem defusionierten Umgang mit Gedanken erklärt und es werden einige Defusionstechniken sowie ein – darauf aufbauendes – „Gedanken-Entmachtungstraining“ vorgestellt.

In der zehnten Einheit wird auf den Begriff der Bereitschaft fokussiert und es wird die Übung „Aus einem Aber ein Und machen“ vorgestellt (die Veränderung einer Sprachkonvention, die darin besteht, in Sätzen wie „Ich würde ja gerne, aber ich habe Angst davor“ oder „Es wäre besser für mich, aber ich habe keine Lust“ das Aber durch ein Und zu ersetzen, sodass ein Gefühl bzw. ein Mangel an einem bestimmten Gefühl nicht mehr als Hindernis bei der Verfolgung eines Ziels erscheint). Anschließend wird die Busfahrer-Metapher beschrieben, eine zentrale ACT-Metapher, bei der unsere Rolle im Leben mit der eines Busfahrers verglichen wird, der keine Kontrolle darüber hat, welche Passagiere (schwierige Gedanken und Gefühle) in seinen Bus einsteigen und wie sich diese benehmen, wohl aber darüber, in welche Richtung er seinen Bus steuert. Es folgt die Anleitung zur Errichtung eines „Commitment-Geländers“ (Wengenroth, 2019, S. 136), eines Plans für die Gestaltung des Tages, wobei hinausgehend über einzelne Tätigkeiten wie beim klassischen Activity Scheduling (Lewinsohn, 1969) auch Vorsätze hinsichtlich einer werteorientierten Art und Weise des Handelns gefasst werden können.

In der elften Einheit werden dann die Erfahrungen mit dem Commitmentgeländer ausgewertet und es wird auf mögliche Schwierigkeiten im Umgang mit Commitments eingegangen.

In der zwölften Einheit schließlich wird auf den Umgang mit möglichen Rückschritten eingegangen und es wird eine mediative Übung vorgestellt, in der noch einmal zentrale Aspekte des Programms aufgegriffen werden: ein akzeptierender, mitfühlender Umgang mit schmerzhaften Gefühlen, die Orientierung an persönlichen Werten und Möglichkeiten, diese durch entsprechende Commitments im eigenen Leben zur Geltung zu bringen. Als letzte Metapher wird die des Surfbretts vorgestellt: Die Wellen des Meeres – unsere schwierigen Gefühle und Gedanken – lassen sich nicht unter Kontrolle bringen, aber mit Hilfe eines „psychologischen Surfbretts“ – Akzeptanz, Defusion, Gegenwärtigkeit, Selbst als Kontext, Werteorientierung und Commitment – können wir lernen, auf ihnen zu reiten.

5. Studien zur Wirksamkeit

Mittlerweile liegen eine Reihe von Studien vor (einen aktuellen Überblick geben Gloster et al., 2020), die die Wirksamkeit von ACT in der Behandlung unterschiedlicher Störungen und Populationen untersuchen.

Eine zusammenfassende Übersicht über Studien, die die Effekte einer ACT-Behandlung bei Personen mit depressiver Symptomatik untersucht haben, findet sich bei Twohig & Levin (2017). Die Autoren haben insgesamt 17 randomisierte, kontrollierte Studien ausgewertet, in denen ACT in der Behandlung von Depressionen entweder mit einer Wartelistenbedingung, der Standardbehandlung (treatment as usual), einer Placebobehandlung oder kognitiver bzw. kognitiv-behavioraler Therapie verglichen wurde. ACT erwies sich in allen Studien effektiver als keine Behandlung oder die Standardbehandlung. Auch im Vergleich zu kognitiv-behavioralen Therapien zeigte sich ACT teilweise überlegen, insbesondere in Follow-up-Untersuchungen, die Effekte sind jedoch nicht stark genug – insbesondere angesichts der noch zu geringen Zahl der Studien und der niedrigen Stichprobengröße –, um abschließend beurteilen zu können, ob ACT tatsächlich eine wirksamere Behandlung für depressive Störungen darstellt als andere verhaltenstherapeutische Ansätze. Mit einiger Sicherheit kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ACT ein wirksames Verfahren in der Behandlung von Depressionen ist – und einen Beitrag dazu leistet, dass das „Maschinchen“ zwischen unseren Ohren aufhört, unsere Gefühle zu bekämpfen, als wären sie schädliche Krankheitserreger, und wieder das tut, wofür es eigentlich gedacht ist: nämlich uns zu helfen, ein gutes Leben zu führen und die Probleme zu lösen, die dabei auftreten können.

Literatur

- Beck A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin.
- Eifert, G. H. & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*. Oakland: New Harbinger.
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Garner, H. (2009). *Das Zimmer*. Berlin: BV Verlag.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P. & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Hrsg.) (2001). *Relational frame theory*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C. & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life*. Oakland: New Harbinger.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Publishing.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy, 2nd ed.: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford.
- Lewinsohn, P. M., Atwood, G. E. (1969). *Depression: A clinical-research approach*. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 6, 166.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT*. Oakland: New Harbinger.
- Twohig, M. P. & Levin, M. E. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety and depression: A Review*. *Psychiatr Clin North Am* 40, 751-770.
- Wengenroth, M. (2017). *Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)*. Weinheim: Beltz.
- Wengenroth, M. (2019). *Gib dich nicht auf, lass dich wieder ein! Depressionen mit der Akzeptanz- und Commitmenttherapie überwinden*. Göttingen: Hogrefe.

Autor

Dipl.-Psych. Matthias Wengenroth

ist Psychologischer Psychotherapeut.

Mankhauser Straße 1
D-42699 Solingen
Telefon: +49 (0)212 3833899
praxis.wengenroth@t-online.de
www.praxis-wengenroth.de



¹¹ Diese und andere Eigenschaften und Mechanismen des menschlichen Denkens werden ausführlich innerhalb der Forschung zur sogenannten Bezugsrahmentheorie untersucht, die die konzeptuelle Grundlage für ACT (und andere Anwendungen auf pädagogischem und sozialpsychologischem Gebiet) darstellt (Hayes et al., 2001; Hayes et al., 1999, 2012; Törneke, 2010).