

# **Teil I – ACT – eine Verhaltenstherapie der dritten Welle für Kliniksettings adaptieren**



# Einführung, Adaptierung und Implementierung von ACT im voll- oder teilstationären Kliniksetting

*Nina Romanczuk-Seiferth, Albert Diefenbacher und Ronald Burian*

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) ist ein modernes psychotherapeutisches Verfahren, welches auf Basis jahrzehntelanger Forschung im Bereich der kontextuellen Verhaltenswissenschaften von Steven Hayes und anderen Kolleginnen und Kollegen (Hayes et al. 1999) entwickelt wurde. Übergeordnetes Ziel ist es, therapeutische Interventionen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten so zu nutzen, dass mehr psychologische Flexibilität entsteht, die es Menschen in Belastungssituationen erlaubt, an die jeweilige Situation zu adaptieren bzw. mit dieser anders als bisher umzugehen. Hierzu steht die Förderung von Akzeptanz- und Achtsamkeitsprozessen, Werteorientierung sowie Verhaltensänderungsprozessen im Fokus der ACT.

Die ACT als psychotherapeutischer Ansatz wird zumeist der sogenannten »dritten Welle« der Verhaltenstherapie zugerechnet. Verhaltenstherapeutische Methoden »erster Welle« umfassen dabei klassisch behaviorale Ansätze, die vorwiegend auf die Modifikation von Verhalten mit psychologischen Mitteln abzielen. Als Methoden der kognitiven Wende oder der »zweiten Welle« werden solche bezeichnet, welche psychische Erkrankungen zudem durch die Veränderungen von kognitiven Inhalten, wie Gedanken, anstreben. Aktuelle Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie, die zudem emotionale, soziale sowie motivationale Prozesse in die psychotherapeutische Behandlung psychischer Erkrankungen einbeziehen, werden unter dem Begriff der Methoden »dritter Welle« subsumiert. Hierzu zählen einige Methoden, die auf ähnliche Konzepte wie die ACT und deren psychothe-

rapeutische Anwendung, wie z. B. das der Achtsamkeit, zurückgreifen. Beispielfhaft genannt sei hier die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1993) für die Behandlung von Menschen mit sogenannter Borderline-Persönlichkeitsstörung. Vereinzelt wird diskutiert, ob beispielsweise achtsamkeitsbasierte Verfahren der »dritten Welle« überhaupt als eigenständige »Welle« abzugrenzen sind, oder nicht eher als eine Erweiterung der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie zu begreifen sind (z. B. Hofmann und Asmundson 2008). Ein zentraler Hauptunterschied zwischen der KVT der »zweiten Welle« und ACT wird jedoch deutlich, wenn wir beispielsweise den Behandlungsfokus im Zusammenhang mit Gedanken betrachten, welche als belastend oder problematisch erlebt oder als »dysfunktional« eingeordnet werden. Während bei der KVT die kognitive Einsicht und eine inhaltliche Veränderung von Gedanken und Glaubenssätzen eine zentrale Rolle spielen, stellt die ACT eine erfahrungsfokussierte Methode dar, welche in diesem Beispiel das Verhältnis zu den eigenen Gedanken und den Umgang mit ihnen als relevant und daher im Vordergrund der Behandlung sieht.

Die ACT basiert in ihren philosophischen Grundlagen auf dem sogenannten Funktionalen Kontextualismus (siehe z. B. Gifford und Hayes 1999) und ist als therapeutischer Ansatz aus den kontextuellen Verhaltenswissenschaften heraus entstanden. Hier besonders auf Basis der sogenannten Bezugsrahmentheorie ([https://contextualscience.org/what\\_is\\_rft](https://contextualscience.org/what_is_rft), Zugriff am 20.08.2020). Die ACT ist entsprechend tief wissenschaftlich

verwurzelt und gilt als die am stärksten evidenzbasierte Therapieform der dritten Welle (Hayes et al. 2005). Inzwischen existieren umfassende Studien zur Wirksamkeit von ACT bei Menschen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen sowie bei anderen Zielgruppen ([https://contextualscience.org/state\\_of\\_the\\_act\\_evidence](https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence), Zugriff am 20.08.2020).

Die ACT bietet sich gleichzeitig ganz besonders für eine Verwendung in stationären oder teilstationären Behandlungskontexten an: sie stellt ein transdiagnostisches Ätiologie- und Behandlungsmodell dar und ist daher auch auf sehr heterogene Zielgruppen und in der klinischen Alltagsversorgung anwendbar (z. B. Pleger et al. 2018). Die ACT umfasst zudem ein breites, flexibel handhabbares und primär auf die Förderung von Kernkompetenzen fokussiertes Methodenspektrum, was sich daher gut für eine teamweite oder -übergreifende Anwendung in multiprofessionellen Behandlungskontexten eignet. Ganz besonders relevant ist aber, dass die Arbeit mit der ACT in Kliniksettings auch die Chance auf einen Wechsel der Perspektive auf psychische Erkrankungen und deren Therapie birgt: in institutionellen Settings herrscht häufig eine eher defizit- bzw. symptom-fokussierte Sicht auf die Patientinnen und Patienten vor, entsprechend ist das Ziel der Behandlung die Beseitigung oder Linderung der Symptome einer Erkrankung. Die ACT hingegen legt den Fokus darauf, dass alle Menschen gleichermaßen von der Förderung jener Kernkompetenzen profitieren können, die mehr psychische Flexibilität im Umgang mit unterschiedlichsten Situationen ermöglichen, und so letztlich ein wertorientiertes Leben erlauben.

Ein weiterer Aspekt, der für die Implementierung von ACT spricht, ist, dass die Arbeit in Kliniksettings in der Regel durch eine hohe Arbeitsbelastung für das Behandlungsteam gekennzeichnet ist (z. B. Drupp und Meyer 2019). Studien konnten zeigen, dass die Förderung psychischer Flexibilität am Arbeitsplatz unter anderem dazu beiträgt, das Wohlbefinden des Personals zu steigern (vgl. Flax-

man et al. 2013). ACT-basierte Behandlungsansätze für Patientinnen und Patienten kommen daher indirekt auch dem Gesundheitsfachpersonal zugute (► Kap. 14).

Die ACT zeichnet sich also sowohl durch eine starke empirische Befundlage als auch durch Grundprinzipien aus, die insbesondere in Kliniksettings einen vielversprechenden Perspektivwechsel in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sich bringen können. Entsprechend werden ACT-basierte therapeutische Konzepte zunehmend im Bereich der Versorgung psychischer Erkrankungen angewandt und auch für die Angebote in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen adaptiert (Dambacher und Samaan 2020). Allerdings fehlt es noch an entsprechender Literatur, die den Besonderheiten dieses Behandlungssettings in der Anwendung der ACT Rechnung trägt und klinischen Teams wertvolle Hilfestellung bei der Entwicklung und Umsetzung ACT-orientierter Konzepte in Kliniksettings gibt. Dieses Buch möchte hier Abhilfe schaffen. Es richtet sich entsprechend an Personal in Gesundheitsfachberufen, welches im stationären und teilstationären Versorgungssystem arbeitet. Es beleuchtet die Anwendung der ACT in klinischen und tagesklinischen Bereichen aus verschiedenen Perspektiven und mit verschiedenen Schwerpunkten und kombiniert dabei theoretische Erläuterungen mit konkreten, praktischen Anregungen für die eigene klinische Tätigkeit.

Wir haben unser Buch zu »ACT in Klinik und Tagesklinik« in drei Teile gegliedert. In einen ersten Teil mit Beiträgen zur Einführung, Adaptierung und Implementierung der Akzeptanz- und Commitment-Therapie in Kliniksettings, einen zweiten Teil zur konkreten multiprofessionellen Arbeit mit der ACT im voll- oder teilstationären Setting sowie einen dritten Teil mit Beiträgen zur Verwendung von ACT bei verschiedenen klinischen Indikationen und Zielgruppen.

In diesem ersten Teil wird es also um eine Einführung ins Thema »ACT in Klinik und Tagesklinik« und hilfreiche Perspektiven für

die Adaptierung und Implementierung der Akzeptanz- und Commitment-Therapie in multiprofessionellen voll- oder teilstationären Kliniksettings gehen. Hierzu haben wir Beiträge mit unterschiedlichen Schwerpunkten zusammengestellt. Im Detail geht es dabei um eine Einordnung der ACT im Kanon der prozessorientierten und evidenzbasierten Psychotherapien (► Kap. 1), um die Vermittlung der Grundprinzipien von ACT an klinische Teams (► Kap. 2), um die Implementierung von ACT als berufsgruppen-übergreifendes Therapiekonzept in klinischen Teams (► Kap. 3) sowie die therapeutische »InterACTion« im Klinikalltag (► Kap. 4). Viel Freude beim Lesen und Umsetzen!

## Literatur

- Dambacher C, Samaan M (2020) Akzeptanz- und Commitmenttherapie in der Gruppe. Weinheim: Beltz.
- Drupp M, Meyer M (2019) Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Groß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.) *Pflege-Report 2019*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Flaxman PE, Bond FW, Livheim F (2013) *The mindful and effective employee: An acceptance and commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. Oakland, CA, USA: New Harbinger Publications.
- Gifford EV, Hayes SC (1999) Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. In: O'Donohue W, Kitchener R (Hrsg.) *Handbook of behaviorism*. San Diego: Academic Press. S. 285–327.
- Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF (2005) DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 35(1): 35–54.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999) *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Hofmann SG, Asmundson GJG (2008) Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev* 28(1): 1–16.
- Linehan MM (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Pleger M, Treppner K, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Fydrich T (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to a combination of CBT+: Preliminary Results. *Eur J Psychiatry* 32(4): 159–196.

# 1 ACT als eine Form prozessbasierter Therapie<sup>2</sup>

*Steven C. Hayes und Stefan G. Hofmann*

## 1.1 Prozessbasierte Therapie: Wie steht die ACT dazu?

Um menschliches Leiden zu lindern und menschliches Wohlergehen zu fördern, bedarf es leistungsfähiger konzeptioneller Hilfsmittel, die die menschliche Komplexität in eine überschaubare Anzahl von Teilaspekten aufgliedern können. In der verhaltenstherapeutischen und kognitiven Tradition begann dieses Unterfangen mit der Weiterentwicklung der in Tierversuchen identifizierten Prinzipien zu idiografisch (d. h. auf den Einzelfall bezogenen) nützlichen Funktionsanalysen. Davon erhoffte man sich eine Antwort auf die zentrale klinische Frage, die der inzwischen verstorbene Gordon Paul als Erster formuliert hatte: »Welche Behandlung, von wem durchgeführt, ist für diesen Menschen mit diesem spezifischen Problem am wirksamsten, in welchem Bedingungsgefüge, und wie kommt sie zustande?« (Paul 1969, S. 44).

Dies war ein vielversprechender Beginn, war aber nicht von Dauer. Damals war die Funktionsanalyse noch eher Kunst als Wissenschaft und beruhte in erster Linie auf direkten Kontingenzprinzipien. Die Daten, die man braucht, um wichtige Veränderungsprozesse zu identifizieren und diese mit verschiedenen Therapiebausteinen in Zusammenhang zu bringen, standen weitestgehend noch nicht

zur Verfügung; Messungen waren noch unzureichend und wurden nur selten erhoben, Untersuchungen zu einzelnen Therapiebausteinen waren noch unüblich. Die Datensätze waren begrenzt und die verfügbaren statistischen Methoden eigneten sich nicht zur Analyse umfangreicher Längsschnittdaten. Klinische Theorien und Modelle waren unterentwickelt und die Grundlagenwissenschaften der Genetik und Neurobiologie, der Kultur-, Emotions- und Kognitionswissenschaft, auf denen sie beruhten, boten nur begrenzte Orientierungshilfe.

Als das U. S. National Institute of Mental Health (NIMH) beschloss, sein Programm für Angewandte Forschung an die dritte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (DSM-III) anzubinden, konnten auf dem Hintergrund dieser Schwachstellen Bedenken von frühen Verhaltens- und Kognitionstherapeutinnen und -therapeuten bezüglich des im DSM-III vertretenen Modells latent bestehender Krankheiten schnell ausgeräumt werden. Das an Syndromen orientierte Modell menschlichen Leidens des DSM-III setzte sich schnell durch. Die psychoanalytische Theorie als zentrales Organisationsprinzip wurde abgelöst von der Vorstellung, dass die Identifizierung von Clustern klinischer Zeichen und Symptome einen empirischen Weg eröffnen würde, die zugrunde liegenden Krankheitsprozesse zu finden, die zur Ausbildung dieser Merkmale führten. Dieser Wandel wurde weltweit spürbar, zum Teil auch deshalb, weil ein Großteil der welt-

---

2 Dieses Kapitel wurde eigens für dieses Buch in englischer Sprache verfasst, sachgerecht von Sabine Budnick ins Deutsche übersetzt und von Prof. Dr. Nina Romanczuk-Seiferth fachlich redigiert.

weiten Finanzierung der Psychotherapieforschung vom NIMH kam.

In der psychiatrischen Nosologie ist eine psychische Störung formal definiert als »Syndrom, welches durch eine klinisch signifikante Beeinträchtigung der Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist, welche Ausdruck dysfunktionaler psychologischer, biologischer oder entwicklungsbezogener Prozesse sind, die der mentalen Funktionsfähigkeit zugrunde liegen« (APA 2013, S. 20). Nach dieser Definition sind Symptome Ausdruck zugrunde liegender und latenter Krankheitsbilder.

In den Jahrzehnten nach Veröffentlichung des DSM-III (1980) verfolgten Forscher im Bereich der Verhaltens- und kognitiven Therapien den Traum, eine evidenzbasierte Therapie zu etablieren, indem sie in randomisierten Studien standardisierte bzw. manualisierte Therapien für bestimmte Syndrome prüften (z. B. Thompson-Hollands et al. 2014). Es war gängige Praxis, für verschiedene psychische Störungen die Behandlung mit Psychopharmaka mit der einen oder anderen Form von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) zu vergleichen. Kognitive und verhaltenstherapeutische Methoden schnitten relativ gut ab und entwickelten sich zur vorherrschenden Form der evidenzbasierten psychosozialen Versorgung bei einer Vielzahl von Störungen (Hofmann et al. 2012). Im Laufe der Jahrzehnte wurden diese Daten zur Erstellung von Behandlungsrichtlinien und Listen evidenzbasierter Therapien (EBT) verwendet. Diese wissenschaftlichen und politischen Errungenschaften hatten jedoch ihren Preis. Nahezu unabhängig vom Therapieerfolg war eine weitere Konsequenz die weltweit immer stärker biomedizinisch ausgerichtete Sichtweise menschlichen Leidens.

Die neue Frage, die Psychotherapieforscherinnen und -forscher zu beantworten versuchten – »Welches Verfahren ist das beste für die Symptome dieses Syndroms?« – vermochte die Bedürfnisse des Einzelnen, den jeweiligen Rahmen der therapeutischen Interventionen,

die Spezifität der Vorgehensweisen, die Spezifität der Probleme und den Zusammenhang zu den Veränderungsprozessen nicht ausreichend zu erfassen. In diesem vom Kontext bereinigten Universum schnellte der Einsatz von Psychopharmaka in die Höhe und der Einsatz evidenzbasierter psychosozialer Methoden ging zurück, denn sobald Einigkeit darüber bestand, dass psychische Probleme Ausdruck einer latenten Krankheit seien, führte das Zusammenwirken von Marketinganstrengungen (beteiligter Akteure) und öffentlicher Meinung zu einer Kultur der Schlussfolgerung, dass am ehesten Medikamente eine zugrundeliegende Pathologie korrigieren könnten.

Das Fachgebiet sieht sich nach wie vor mit den theoretischen und praktischen Herausforderungen konfrontiert, die ein Ergebnis der jahrzehntelangen Vorherrschaft des DSM sind. Dadurch entwickelte sich ein eher an Techniken orientierter Ansatz – zu Lasten der Theoriebildung. Untersuchungen zu Mediatoren der Therapieergebnisse wurden zu wenig eingesetzt, und die funktionale Bedeutung von Veränderungsprozessen war oft nicht ausreichend bekannt. Die Auswahl von Behandlungsansätzen, die in Bezug auf bestimmte Modelle getestet wurden, war etwas eingeschränkt, so dass nicht auszuschließen war, dass die theoretische Evidenz durch dritte Variablen erklärbar war und dass die Behandlungsimplicationen nachgewiesener Prozesse weniger direkt sein könnten. Inwieweit philosophische Annahmen zutrafen, blieb weitgehend unerforscht oder wurde nur oberflächlich bearbeitet.

Dies änderte sich innerhalb der KVT schließlich, aus verschiedenen Gründen. Dazu gehörte das Aufkommen der sogenannten »dritten Welle« (Hayes & Hofmann 2018), die die traditionelle KVT stärker auf der Grundlage von Annahmen und Theorie in Frage stellte als nur bezüglich der reinen Therapieergebnisse. Im ersten Artikel, in dem der Begriff »dritte Welle« verwendet wurde, lag ein Hauptaugenmerk darauf, die KVT dahinge-

hend zu ermutigen, sich mit »Fragen, Themen und Bereichen, die bisher vor allem von anderen Therapieschulen angesprochen wurden« (Hayes 2004, S. 658), zu beschäftigen, aber »aus wissenschaftlicher Sicht, mit einem Interesse an kohärenter Theorie, sorgfältig ausgewerteten Veränderungsprozessen und soliden empirischen Ergebnissen« (ebd., S. 660). Neuere Formen der KVT (z. B. Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie, dialektisch-behaviorale Therapie, metakognitive Therapie, Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), funktional-analytische Psychotherapie usw.) betonten solche Themen wie Emotion, Achtsamkeit, Akzeptanz, Selbst/Ich-Erleben, Metakognition, Beziehung, Aufmerksamkeitsflexibilität und Werte, von denen viele stärker auf das Verhältnis eines Menschen zu seinen Erfahrungen als auf den Inhalt der Erfahrungen selbst gerichtet waren. Dieser Zuwachs an neuen Aspekten führte zu einer Überprüfung der grundlegenden Prinzipien und Annahmen innerhalb der KVT selbst.

Wenige Jahre später wechselte auch das NIMH seinen Kurs und begann, biopsychosoziale Veränderungsprozesse viel stärker in den Vordergrund zu stellen (Insel et al. 2010). Als sich die Schwächen der DSM-Nosologie zeigten, stellten breit angelegte Modelle wie die ACT oder die Unified Protocol Therapie (Barlow et al. 2004) die Notwendigkeit syndrombasierter Therapieprotokolle weiter in Frage. Wir glauben, dass die Zeit nun reif ist für die Etablierung der *Prozessbasierten Therapie (PBT)* und ihrer neuen Grundsatzfrage: »Welche zentralen biopsychosozialen Prozesse sollten mit dieser Klientin oder diesem Klienten<sup>3</sup>

angesichts dieses Ziels in dieser Situation anvisiert werden, und wie können sie am wirksamsten und effizientesten verändert werden?« (Hayes & Hofmann 2018, Hofmann & Hayes 2019).

*Therapeutische Prozesse* sind die zugrundeliegenden Veränderungsmechanismen, die zur Erreichung eines angestrebten Behandlungsziels führen. Dabei handelt es sich um eine Reihe von theoretisch begründeten, dynamischen, fortschreitenden und mehrstufigen Veränderungen, die in vorhersehbaren, empirisch ermittelten Reihenfolgen ablaufen und auf die von den Klientinnen und Klienten festgelegten erwünschten Ergebnisse ausgerichtet sind. Diese Prozesse sind in Modelle integriert, die evidenzbasierte Verfahren oder Kernprozesse spezifizieren, welche diese Prozesse adressieren können. Wir sind der Ansicht, dass ein solcher prozessbasierter Ansatz der Schlüssel für die Zukunft der evidenzbasierten Versorgung ist. Konsensbasierte Diskussionsprozesse innerhalb der KVT sind zu ähnlichen Schlussfolgerungen gekommen (Klepac et al. 2012).

Dieses Ziel ist an sich nicht neu. Die Fokussierung auf Prozess, Funktionsanalyse und individuelle Ziele war schon charakteristisch für die Anfänge der Verhaltenstherapie. Was sich geändert hat, sind die inzwischen verfeinerten Analyseinstrumente und die umfangreichere Wissensbasis, auf die man bei der neu aufgeworfenen Grundsatzfrage der evidenzbasierten Therapie nun zurückgreifen kann. Wir vertreten die Auffassung, dass PBT sich schnell zum entscheidenden Kern von KVT und EBT selbst entwickelt (Hayes & Hofmann 2018, Hofmann & Hayes 2019).

---

3 Entsprechend dem englischen Originaltext werden in diesem Kapitel Klientin bzw. Klient verwendet. Dies ist hier synonym zu sehen zu dem aufgrund der Fokussierung auf Kliniksettings in folgenden Kapiteln verwendeten Patientin bzw. Patient.



## 1.2 Modelle der prozessbasierten Therapie

KVT und EBT bieten eine Vielzahl von wichtigen therapeutischen Methoden und Prozessen für Klientinnen und Klienten wie Kontingenzenzmanagement, Stimuluskontrolle, Verhaltensausformung (*shaping*), Senkung des Erregungsniveaus, Aufmerksamkeitsflexibilität, Bewältigungsstrategien (*coping*) und Emotionsregulation, Problemlösung, Verhaltensaktivierung, kognitive Flexibilität und Neubewertung, Defusion/Distanzierung, Auseinandersetzung mit inneren Glaubenssätzen, psychische Akzeptanz, Werte, Achtsamkeit, Motivationsstrategien u. ä. (Hayes & Hofmann 2018; vgl. Klepac et al. 2012). Wenn wir keine Modelle für DSM-Störungen erstellen wollen, brauchen wir eine relativ kleine Auswahl von therapeutischen Prozessen, die kohärent organisiert sind. In der Forschungsliteratur wurde für ein- bis zweihundert Konzepte und Maßnahmen festgestellt, dass sie auf ein breites Spektrum von Problembereichen anwendbar sind. Für Praktikerinnen und Praktiker ist eine so umfangreiche Liste wenig hilfreich. Stattdessen braucht es Modelle und Theorien, die Therapeutinnen und Therapeuten ihre Aufgabe vereinfachen.

Die benötigten Modelle müssen mehrere wesentliche Merkmale aufweisen (Hofmann & Hayes 2019). Im Folgenden sind die dazugehörigen Schlüsselbegriffe **fett** hervorgehoben, damit wir im nächsten Abschnitt ihre Anwendbarkeit auf die ACT überprüfen können.

In einer Ära der PBT müssen Modelle auf einige klar definierte **philosophische Annahmen** zugeschnitten sein und sich durch **breite Anwendbarkeit** bei verschiedensten Problemen, Zielen, Settings, Anwendungsformaten und Kulturen auszeichnen. Die im Modell erfassten Prozesse müssen **Schlüsseldimensionen menschlicher Erfahrung berücksichtigen**, darunter Kognition, Emotion, Aufmerksamkeit, Selbst, Motivation und Verhalten. Im Idealfall konzentrieren sie sich nicht

nur auf die Beseitigung von Problemen, sondern auch auf die **Herstellung von Gesundheit**.

Die Psychologie ist eingebettet in andere **Analyseebenen** – in Physiologie, Genetik, soziale Prozesse und Kultur –, und auf der psychologischen Analyseebene sollten die Modelle an keiner Stelle fundierten Forschungsergebnissen auf anderen Analyseebenen widersprechen. Da die Psychotherapieforschung zu den angewandten Wissenschaften zählt, müssen psychologische Konzepte **veränderbar** sein und so gut mit dem Kontext verknüpft, dass sie klinisch Tätigen eine Orientierungshilfe bieten, um die veränderlichen Merkmale von aktueller Situation und Vorgeschichte aufzudecken, die zur Erreichung von Fortschritten in der Therapie genutzt werden können. Für die in einem Modell festgelegten Prozesse muss regelmäßig ihre Wirkung als **Mediatoren und Moderatoren** der Therapieergebnisse in einem weiten Anwendungsbereich nachgewiesen werden. Die Relevanz dieser Prozesse für die Erreichung der Therapieziele der Klientinnen und Klienten sollte in **naturalistischen Längsschnittstudien** nachgewiesen werden, und nicht nur durch übliche Therapieforschung. Da die angewandte Wissenschaft im zeitlichen Verlauf keine Fortschritte macht, wenn sie nicht mit einer lebendigen **Grundlagenwissenschaft** verknüpft ist, müssen im Laufe der Zeit alle Schlüsselkonzepte mit empirischen Untersuchungen von hoher Präzision und großer Bandbreite im Versuchslabor verbunden werden.

Modelle müssen Prozesse ausreichend priorisieren, um klare Handlungsempfehlungen für den Einsatz evidenzbasierter therapeutischer Kernmethoden zu liefern – mit anderen Worten, sie müssen Richtlinien für die Fallkonzeption und **Funktionsanalyse** liefern. Das **Testen der Therapiebausteine und Kernprozesse** selbst sollte umfangreich

sein und sich als theoretisch kohärent erweisen, wobei wir es befürworten würden, **über die typischen (»Markenzeichen«-)Techniken hinaus** auch andere einzusetzen, sofern sie zum Modell passen. Um ein Beispiel aus der ACT und der traditionellen KVT zu nennen: angenommen, die kognitive Defusion ist ein positives Prozessziel und es hat sich beispielsweise gezeigt, dass kognitive Neubewertung dazu beiträgt, die Fähigkeit zur Defusion zu entwickeln, dann sollte es für ACT-Anwenderinnen und -Anwender nicht »gegen die Regeln« verstoßen, diese Methode als Mittel zur Veränderung des kognitiven Aspekts psychischer Flexibilität einzusetzen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass ein Ansatz, der rein technisch definiert ist und keinen Bezug zu einer Reihe von überprüfbareren Veränderungsprozessen aufweist, keine Form von PBT sein kann. Wenn es jedoch bei bestimmten Vorgehensweisen Inkompatibilitäten aufgrund mangelnder Passung mit dem Modell gibt, sollten auch diese klar benannt sein – d. h. die Modelle sollten **Regeln sowohl im Sinne von Empfehlungen als auch von Ausschlüssen** (im Sinne von Do's and Dont's) beinhalten.

Konzepte müssen nachweislich auf der Ebene des Einzelnen (Klientin/Klient) und nicht nur einer Gruppe anwendbar sein. Ebenso müssen sowohl Prozesse als auch Messsysteme idiografisch, d. h. **auf Einzelfallniveau auf ihre Eignung geprüft** worden sein. Dies bedeutet, dass es **Belege für ihren Nutzen in der Behandlung** geben sollte, also dafür, dass die kohärente Ausrichtung bestimmter Prozesse innerhalb des Modells zu besseren Ergebnissen führt als wenn eine solche Kohärenz nicht gegeben ist.

Modelle müssen verschiedene **weitere Faktoren** berücksichtigen: die Rolle der therapeutischen Beziehung, die Gestaltung des Settings, den kulturellen Hintergrund und die Wirkung bei verschiedenen Formaten des

Behandlungsangebots (z. B. online). Schließlich haben wir noch die Argumentation eingeführt, dass die Dimensionen und Ebenen, mit denen sich das Modell befasst, in einer Weise zu berücksichtigen sind, die die Schlüsseldimensionen dessen, **wie sich Systeme entwickeln** – ausgiebige Variation, Auswahl und Bewahrung im Kontext – fördert. Oder in Begriffen ausgedrückt, die im therapeutischen Kontext geläufiger sind: In jedem Bereich ist es wichtig zu wissen, wie man Veränderungen herbeiführt, ihre Funktion bewertet und fördert, Gewohnheiten durch Übung und Integration größerer Handlungsmuster entwickelt und dabei sicherstellt, dass Veränderungen in das Leben der Klientinnen und Klienten passen und nachhaltig sind.

In dem Maße, in dem diese Merkmale vorliegen, ist ein Modell dafür geeignet, anzuzeigen, wie man PBT gestaltet. Ein solches Modell umfasst nicht nur die technischen Therapievorgaben an sich, sondern die Therapiebausteine müssen so eingesetzt und bewertet werden können, dass sie den Zielen, Stärken und der Kultur der Einzelnen oder des Einzelnen in seinem Leben, so wie es verläuft, jederzeit gerecht werden.

Wenn sich die klinische Wissenschaft in diese Richtung bewegt, dürfte es zu einem Rückgang von spezifischen Therapien kommen, die durch eine Reihe von Techniken definiert sind, zu einem Rückgang der breit angelegten Therapieschulen, zu einem Anstieg überprüfbarer Modelle, zu einem Anstieg der Untersuchungen zu mediiierenden und moderierenden Faktoren, zur Entstehung neuer diagnostischer Verfahren auf Grundlage von Funktionsanalysen, zu einem Wechsel von nomothetischen zu idiographischen Ansätzen sowie zu einer Ausrichtung auf Prozesse, die modifizierbare Elemente spezifizieren. Diese Veränderungen könnten verschiedene Therapierichtungen, Settings und sogar Kulturen integrieren oder überbrücken.