



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Johannes Heßler-Kaufmann

ACT-Prozesse in der Schematherapie nutzen

Mit einem Geleitwort von Eckhard Roediger

Dr. Johannes Heßler-Kaufmann

Lotzbeckstr. 11

77933 Lahr/Schwarzwald

pt.jhk@posteo.de

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © Henry Dick (Unsplash)

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40051-9

E-Book ISBN 978-3-608-11963-3

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20583-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Für Livi

In den zwei Jahren mit dir habe ich mehr psychische
Flexibilität gelernt als in den zweiunddreißig davor.

Geleitwort

Nicht wenige Menschen denken, dass die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und die Schematherapie mehr oder weniger widersprüchliche Konzepte seien. Es bedarf tatsächlich einiger Modifikationen an dem Konstrukt des »klassischen Modusmodells«, um das Konzept mit der Relational Frame Theory, die hinter der ACT steht, kompatibel und Schematherapie zu einer in sich konsistenten kontextuellen Therapie zu machen. Entsprechende Konzepte liegen vor. Aber nicht jeder Mensch, der sich therapeutisch weiterentwickeln möchte, will und muss sich in die Tiefen theoretischer Konzepte und Konstrukte begeben. Viele möchten einfach ihre Patientinnen und Patienten möglichst gut behandeln. Unter diesen Menschen finden sowohl die Schematherapie als auch die ACT seit Jahren einen großen und anhaltenden Anklang.

Johannes Heßler-Kaufmann leistet mit dem vorliegenden Buch den dankenswerten Beitrag, auf einer ganz praktischen Ebene die ACT-Prozesse mit dem klassischen Modusmodell der Schematherapie zu verbinden. Er versucht gewissermaßen das Beste aus zwei Welten in einer pragmatisch-eklektizistischen Weise zusammenzuführen, um so das therapeutische Handeln zu erweitern. Und dieser Versuch ist – kurz gesagt – gelungen! Angesichts der großen Zahl von Menschen, die sich seit Jahren schematherapeutisch fortbilden, wird das Buch daher sicher seine Leserschaft finden.

Auch ich persönlich freue mich über dieses Buch, denn nicht nur die ACT-Strategien, sondern auch die namensgebende Akzeptanzhaltung stellen ein wichtiges Gegengewicht zur Handlungsorientierung der Schematherapie dar.

In der ersten Hälfte der Therapie bringt die zugewandte und aktive »Nachbeelterung« große Fortschritte. Dieser Aspekt der Beziehungsgestaltung macht die Schematherapie (sowohl unter den Behandelten als auch den Therapierenden) besonders attraktiv. Erstere erleben – nicht selten zum ersten Mal im Leben – eine große Annahme und Unterstützung. Letztere können in einer hilfreichen Weise aktiv werden, wie es viele abstinenzorientiertere Methoden nicht zulassen. Jeffrey Young selbst spricht von einer *breeze of fresh air*, einer Prise frischer Luft für die Therapierenden.

In der zweiten Therapiehälfte hingegen werden die Fortschritte meist kleiner und die Grenzen des Veränderbaren deutlicher. Die Behandelten sollen in die Autonomie geführt werden, fühlen sich aber in den Therapien sehr wohl und haben nicht selten Probleme, »loszulassen«. Das geht nicht ohne Konfrontation, Begrenzung und Enttäuschung. Das Konzept der Schematherapie spricht daher richtig von einer Balance von Nachbeelterung und (empathischer) Konfrontation. Aus der supervisorischen Praxis wissen wir allerdings, dass sich sowohl die Behandelten als auch die Therapierenden mit der Nachbeelterung leichter tun als mit der Konfrontation. Die verständnisvoll-akzeptierende Haltung der ACT bis hin zur »kreativen Hoffnungslosigkeit« hilft, die Ressourcen der Behandelten maximal zu mobilisieren und sich mit den inneren und äußeren Grenzen auszusöhnen. Für beide Seiten!

Mehr noch: Auch Schematherapierende haben Schemata! In der Regel sowohl »emotionale Entbehrung« als auch »hohe innere Ansprüche«, aus denen eine starke »Aufopferungsbereitschaft« resultiert. Therapeutin oder Therapeut zu werden ist eine Form, die eigenen Schemata zu bewältigen. Wenn diese aber nicht reflektiert werden, können Therapierende in die Falle des »Problemlösemodus« tappen, wie es in der ACT genannt wird. Ihr eigenes Erleben ist dann zu eng mit dem der Behandelten verbunden, ein gesunder innerer Abstand kann verloren gehen, was schließlich zu beruflicher Unzufriedenheit oder chronischer Überforderung führt. Eine ACT-orientierte Haltung hilft daher auch den Therapierenden.

Für eine erfolgreiche Therapie ist die Stärkung des Erwachsenenmodus zentral. Aber was genau »macht« der Erwachsenenmodus? In den meisten Büchern zur Schematherapie bleiben die Ausführungen dazu eher andeutend bzw. allgemein. Die Prozesse der ACT zeigen sowohl den Therapierenden als auch den Behandelten, wie der Erwachsenenmodus »funktioniert«, wie wir Abstand zum inneren Erleben finden, in einen ausbalanciert-zentrierten Zustand kommen und dann gute Entscheidungen für uns treffen und umsetzen können. Das ist wiederum ein Gewinn für beide Seiten, denn von dieser Haltung profitieren auch die Therapierenden.

Johannes Heßler-Kaufmann stellt nun diese ACT-Prozesse systematisch und detailliert dar. Damit seine Beschreibungen nicht in der Luft hängen, führt er auch kompakt, anschaulich und verständlich in die dahinterstehenden Konzepte der Bezugsrahmen-theorie, des funktionellen Kontextualismus und des kontextuellen Selbst ein, was ja nicht unbedingt leicht zugängliche Theorien sind. Sehr geschickt verbindet er dann ACT-Techniken und Metaphern mit dem Modusmodell. Aus dem reichen Fundus der ACT-Literatur schöpfend, bietet er eine wirklich große Anzahl sehr unterschiedlicher Metaphern an. So kann man diejenigen auswählen, mit denen man sich innerlich verbinden möchte, um damit das eigene therapeutische Repertoire anzureichern. Dadurch wird das Buch zu einem schier unerschöpflichen Fundus und zur kreativen Bereicherung für alle Therapierenden.

Probieren Sie es aus! Viel Freude dabei.

Frankfurt am Main, im März 2022

Eckhard Roediger

Danksagung

Im November 2018 schrieb ich die erste Mail mit den grundlegenden Gedanken zu diesem Buch an Eckhard Roediger, nachdem ich im Rahmen meiner Schematherapie-Ausbildung ein Seminar bei ihm zum Thema »ACT in der Schematherapie« besucht hatte. Wir trafen uns ein paar Tage später für fünf Minuten auf dem DGPPN-Kongress zwischen A1 und A8, er bot an, mich zu unterstützen, Nadja Urbani und Wulf Bertram zwei Stockwerke weiter oben am Schattauer-Stand nickten freundlich zustimmend und das Buch war beschlossen. Dann passierte lange nichts. Oder eigentlich sehr viel: Einen kleinen und zwei große Umzüge, eine Hochzeit, ein anderes Buch, ein Staatsexamen, ein Kind und eine Praxiseröffnung später ist das Buch nun tatsächlich fertig.

An erster Stelle bedanke ich mich deshalb beim Schattauer Verlag für die Geduld sowie die vertragliche und zwischenmenschliche Flexibilität und Offenheit, personifiziert durch Nadja Urbani. Bei ihrer persönlichen Art, den Kontakt zu gestalten, und dem immer hilfreichen fachlichen Austausch möchte man gar nicht mehr woanders Bücher veröffentlichen. Weiterhin bedanke ich mich bei Hannah Hoppe, die meine Supervisorin in der Ausbildung zum Schematherapeuten war und von der ich die Grundlagen gelernt und mir vieles abgeschaut habe. Dies hat jetzt Elisabeth Nyberg übernommen, wovon ich persönlich und fachlich sehr profitiere; vielen Dank, ich freue mich auf jeden gemeinsamen Termin. Danke an Eckhard Roediger für die Ermunterung und Unterstützung sowie das inhaltliche Feedback. Ich bedanke mich herzlich bei Marion Drachsel, deren Lektorat das Buch zu einer runden Sache gemacht hat. Der größte Dank geht natürlich an meine Frau Elli, ohne die ich sowieso mit den meisten Dingen weniger gut zurechtkäme. In diesem Fall danke ich ihr für die zusätzliche Care-Arbeit, die sie übernommen hat, damit ich dieses Buch endlich zu Ende schreiben konnte. Arbeit und Zeit dieser Menschen stecken in diesem Buch.

Bahlingen am Kaiserstuhl, im März 2022

Johannes Heßler-Kaufmann

Inhalt

1	Überblick – Die Gesunde Erwachsene und psychische Flexibilität	13
2	Innere Entitäten – Schematherapie	19
3	Innere Prozesse – Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	23
4	Die Reaktionsdimensionen der Akzeptanz- und Commitment-Therapie	26
5	ACT-Prozesse im Modusmodell	29
5.1	Theoretischer Hintergrund	29
5.2	Praktische Umsetzung	31
5.3	Die Gesunde Erwachsene	32
5.3.1	Mangelnde Achtsamkeit versus Achtsamkeit	32
	Theorie	32
	Praxis	34
5.3.2	Selbst-als-Konzept versus Selbst-als-Kontext	50
	Theorie	50
	Praxis	52
5.4	Die Gesunde Erwachsene und das natürliche Leid	68
5.4.1	Fusion mit dem Kritiker versus Defusion	68
	Theorie	68
	Praxis	70
5.4.2	Das Leid des Kindes nicht erleben wollen versus Akzeptanz	88
	Theorie	88
	Praxis	90
5.5	Die Gesunde Erwachsene und der Bewältigungsmodus	109
5.5.1	Werteunklarheit versus Werteklarheit	109
	Theorie	109
	Praxis	111
5.5.2	Untätigkeit, Impulsivität, Beharrlichkeit im Vermeiden versus engagiertes Handeln	128
	Theorie	128
	Praxis	129
6	Drei Angeln in einen Teich werfen	138
	Literatur	142

1 Überblick – Die Gesunde Erwachsene und psychische Flexibilität

Das Thema dieses Buchs ist schnell formuliert: Die Gesunde Erwachsene¹ lernt psychische Flexibilität. Was das bedeutet, bedarf der Erklärung.

Wir können die Gesunde Erwachsene spüren, wenn wir unsere Hände auf den Bauch legen, die Augen schließen und »Ich« sagen. Wir spüren sie auch, wenn wir uns im Spiegel selbst in die Augen blicken und mit dem eigenen Vornamen ansprechen. Sie ist das Agens, das in jeder geglückten Therapiesitzung und noch mehr im Alltag der Menschen wirkt. Sie ist somit Trägerin therapeutischer Veränderung, sei es durch Einsicht oder Zulassen unabgeschlossener psychophysiologischer Prozesse.

Jede psychotherapeutische Theorie beschreibt die Gesunde Erwachsene mit ihren Worten. Sie ist das Ich mit der reifen Konfliktabwehr, die Freiheit zwischen Reiz und Reaktion, die Heldin, welche die langfristig nützlichen Konsequenzen den kurzfristig angenehmen vorzieht, die Neubewerterin ohne Denkfehler, die Lösungstrance, das kongruente, sich aktualisierende Selbst. Sie übt Gewahrsein und schließt die Gestalt, ist Salutogenetikerin, Realitätskonstrukteurin und lösungsfokussierte Kapitänin des inneren Teams. Sie findet Antworten auf die Fragen von Tod, Freiheit, Einsamkeit und Sinnlosigkeit, ist sich im Klaren über ihre Motive und aktiviert Ressourcen, um ein Problem zu bewältigen, wenn es sich aktualisiert. Oder sie ist eben psychisch flexibel – ein Zustand, zu dem eine erfolgreiche Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) führen soll (Hayes et al. 2014).

Young et al. (2008) äußern sich in ihrem grundlegenden Standardwerk »Schematherapie« zur Gesunden Erwachsenen wie folgt: »Ein [...] Unterschied zwischen gesunden Menschen und solchen mit starken Störungen besteht in der Stärke und Wirkkraft des Modus *Gesunder Erwachsener*. Zwar ist dieser bei uns allen vorhanden, doch ist er bei psychisch gesunden Menschen stärker und wird häufiger aktiviert. Er vermag dysfunktionale Modi abzuschwächen und zu heilen« (Young et al. 2008, S. 78). Daraus folgt für die klinische Arbeit, dass wir versuchen, »ihn [...] in der Therapie zu stärken, indem wir den Patienten beibringen, auf die übrigen Modi mäßigend einzuwirken, sie zu nähren oder sie zu heilen« (Young et al. 2008, S. 80). Blättert man in diesem Buch ein paar Seiten zurück, findet man die schematherapeutische Auffassung von Modi. Es handelt

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die weibliche Form verwendet. Nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Gender.

sich dabei um dissoziierte Zustände, also kognitiv-emotionale und mit Verhaltensimpulsen versehene Erlebensweisen, die, je nach Schwere der Störung, mehr oder weniger miteinander in Verbindung stehen bzw. mehr oder weniger stark voneinander isoliert auftreten können. Im pathologischen Extremfall äußert sich das in einer Dissoziativen Identitätsstörung, bei der ein Modus vom anderen nichts weiß.

Die weiteren Nuancen des Kontinuums hin zum vollständig psychisch integrierten Menschen treffen wir täglich in der klinischen Praxis oder beobachten sie bei uns selbst: mit einer inneren Stimme verschmelzen, die einen fertigmacht, sich wie ein Mädchen fühlen, dem die Welt zu groß ist, Stunden vor dem Bildschirm verbringen, ohne zu merken, wie die Zeit vergeht. Je weniger die Gesunde Erwachsene mitbekommt, was der Kritiker sagt, wie sich das Kind fühlt und welcher Bewältigungsmodus aktiv wird, je weniger sie weiß über ihre Schemata, Modi und die triggernden Kontexte, desto schwerer ist die Beeinträchtigung.

Ein psychisch flexibler Mensch dagegen begegnet seinem natürlichen, existenziellen Leid, zu dem auch Schemata gehören (McKay et al. 2013), nicht mit rigiden Mustern (wie es Bewältigungsmodi sind), die in ACT-Sprache auch »selbstgemachtes Leid« oder »Kontrollversuche« genannt werden könnten und die Anpassungsfähigkeit an innere und äußere Kontexte verhindern. Stattdessen reagiert dieser Mensch mit Offenheit und einem aus gegenwarts- und handlungsbezogenem Selbstverständnis resultierenden, flexiblen Verhaltensrepertoire.

Der Weg dorthin geht über sechs salutogene Prozesse (deren Umkehrungen wiederum den Weg in die psychische Rigidität zeigen):

1. Akzeptanz (Erlebensvermeidung)
2. Defusion (kognitive Fusion)
3. Achtsamkeit (mangelnde Achtsamkeit)
4. Selbst-als-Kontext (Selbst-als-Konzept)
5. Werte (Mangel an Werteklarheit)
6. engagiertes Handeln (Untätigkeit, Impulsivität, Vermeidung)

Dabei sind diese Prozesse nicht ganz trennscharf und bedingen sich gegenseitig. Übt die Gesunde Erwachsene beispielsweise, sich vom Kritiker zu defusionieren, also nicht mit seinen Botschaften zu verschmelzen, sondern ihn als Introjekt zu verstehen, trainiert sie gleichzeitig ihre Achtsamkeit und erlebt sich als Selbst-als-Kontext.

Die Schematherapie legt in ihrer Beschreibung psychischer Störungen einen Schwerpunkt auf innere Entitäten (die Modi), es mangelt jedoch an der detaillierten Darstellung schematherapeutischer Prozesse. Während Roediger (2016) die neurobiologischen (Synchronisation von episodischem und semantischem Gedächtnis) und psychologischen Grundlagen (Sich-Distanzieren oder Hemmen von aktualisierten Handlungsimpulsen) der Schematherapie deutlich ausformuliert und praxisorientierte Bücher nachvollziehbar zeigen, welche konkreten therapeutischen Strategien und Techniken im Umgang mit Kind-, Kritiker- und Bewältigungsmodi anzuwenden sind (z.B. Jacob und Arntz 2015), fehlt der Schematherapie ein Vokabular für die Prozesse, die zwischen der Gesunden Erwachsenen als therapeutischem Agens und den

anderen Modi ablaufen. Hierbei kann die ACT möglicherweise als explizit prozessbasierte Therapie Hilfestellung leisten.

Schematherapeutische Techniken aktivieren ACT-Prozesse, auch wenn sicherlich nicht alle schematherapeutischen Prozesse vollständig durch ACT beschrieben werden. Wir können das Wissen der ACT verwenden, um Schematherapie aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und sowohl theoretischen als auch praktischen Nutzen daraus ziehen:

- Erstens gehört es zum Selbstverständnis der Schematherapie, integrativ zu sein (International Society of Schema Therapy 2020) und immer wieder die Kompatibilität und Überscheidung des eigenen Modells mit Konzepten anderer Ansätze zu überprüfen.
- Zweitens erhöht die Berücksichtigung von ACT-Prozessen die Aussagekraft des Modusmodells, dem Startpunkt und Schrittgeber aller therapeutischen Veränderungen.
- Drittens öffnen sich durch das Wissen um ACT-Prozesse Fenster für die Anwendung von neuen Interventionen, sei es um schematherapeutische Techniken zu verstärken oder um den eigenen Werkzeugkasten diverser und somit flexibler zu gestalten.

ACT und Schematherapie unterscheiden sich deutlich in einem zentralen Aspekt: Während die Schematherapie ihr Konzept der Pathogenese schon im Namen trägt, schließt die ACT explizit jegliche Annahme über Ursprung und Entstehung von Symptomen, ja über Kausalität überhaupt, aus (Hayes et al. 2014). Die ACT sieht sogar ein Risiko für die Entstehung psychischen Leids darin, Assoziationen zu knüpfen und Behauptungen über die Ontologie von Phänomenen aufzustellen. Stattdessen postuliert der funktionale Kontextualismus (die wissenschaftstheoretische Grundlage der Relational Frame Theory, deren praktische Anwendung wiederum die ACT ist), dass Verhalten (zu dem hier auch Emotionen und Kognitionen gehören) ausschließlich auf seine Nützlichkeit in einem bestimmten Kontext hin untersucht werden sollte.

Zentrale Themen in der ACT sind deswegen die Absichten, die Patientinnen haben, und wie sie diese Absichten verfolgen. Die therapeutischen Fragen hierzu lauten dann:

- »Ist diese Absicht für dich nützlich?«
- »Ist die Art und Weise, mit der du die Absicht verfolgst, für dich nützlich?«

Diese Fragen treffen ins Herz der Schematherapie, da sie einerseits auf die Grundbedürfnisse (deren Erfüllung die Absicht jedes Menschen ist) und andererseits auf die zu maladaptiven Schemata gehörenden, dysfunktionalen Versuche, diese zu erfüllen oder zumindest nicht mehr wahrzunehmen, anspielen (Roediger et al. 2018). Die Gesunde Erwachsene muss sich beispielsweise fragen:

- »Ist es eine nützliche Absicht für mich, nur nach Anerkennung zu streben?«
- »Ist es nützlich, mein Bedürfnis, Bindung zu erfahren, durch Unterordnung und Aufopferung erreichen zu wollen?«

Die Idee der Funktionalität schlägt folglich eine belastbare Brücke von den Schemata und den Grundbedürfnissen (Was ist meine Absicht?) zum Modusmodell (Wie verfolge ich diese Absichten?). Die Pfeiler dieser Brücke stellt der Kontextualismus, dem zufolge Verhalten ausschließlich in einem bestimmten Zusammenhang (Situation, Ort, Beziehung, intrapsychische Faktoren) hinsichtlich seiner Funktionalität beurteilt werden kann. Auch dies korrespondiert mit einer Grundannahme der Schematherapie: Schemata waren zur Zeit ihrer Entstehung absolut nützlich, wenn auch maladaptiv im Sinne einer nicht erfolgreichen, da unmöglichen Bedürfnisbefriedigung, weil sie die optimale Anpassung eines unterlegenen und auf Hilfe angewiesenen Kindes an seinen Lebenskontext darstellten (Young et al. 2008). Im Erwachsenenalter sind die Kontexte jedoch andere (wenn auch ähnlich) und das Verhalten dadurch nicht mehr nützlich. Dieser technische Blick auf Menschen mag für Schematherapeuten kalt wirken, vielleicht ein bisschen wie die Botschaften des fordernden Elternmodus: Verhalte dich nützlich! Gesprochen mit einem warmen, nachbeelternden Ton und dem Verständnis dafür, wie schwer es ist, sein Verhalten zu ändern, entfalten sie jedoch ihre volle Wirkung.

Für die Schematherapie direkt relevant ist ebenso die Idee des inneren Kontextes. So kann man nicht nur fragen, ob ein Verhalten in einem *äußeren* Kontext nützlich ist, sondern auch, ob eine *innere* Reaktion auf ein *inneres* Ereignis hilfreich ist. Also muss sich die Gesunde Erwachsene überlegen, ob die abwertende Botschaft des Kritikers an das Verletzliche Kind nützlich ist. Wenn der Gesunden Erwachsenen allein dies gelingt, erfährt sie Selbst-als-Kontext, also die Wahrnehmung des inneren Geschehens nicht als Konzept (»ich bin wertlos«, »ich bin traurig«, »ich muss mich mit Essen vollstopfen«), sondern als Kontext, in dem alles passieren kann und darf. Die Gesunde Erwachsene schaut auf die Bühne, auf welcher die Modi auftreten, betrachtet den Bilderrahmen, in dem die Bilder ständig wechseln, oder den Himmel, an dem das Wetter vorüberzieht (Stoddard und Afari 2016). Sie wird somit zur Beobachterin des inneren Kontextes und erlangt die Freiheit, ihre Absichten auf nützliche Art zu verfolgen und gewissermaßen auf der Bühne Regie zu führen.

Auf den ersten Blick mutet die ACT etwas trocken und akademisch an. Wenn das alles so einfach wäre, Defusion, Selbst-als-Kontext und werteorientiertes Handeln, mag man denken und ein rein einsichtsbasiertes therapeutisches Vorgehen argwöhnen. Ein zweiter Blick offenbart jedoch das Gegenteil. Die ACT trägt die Akzeptanz für jegliches inneres Erleben im Namen, sei dies der Kritiker, das Wütende oder das Verletzliche Kind. Ebenso ist die Therapie in und zwischen den Sitzungen erlebnisbasiert gestaltet. Dabei kommen Metaphern, Übungen zur Selbstwahrnehmung, Expositionen und Verhaltensexperimente zum Einsatz (Hayes et al. 2014). Die Schematherapie fußt auf einem neuropsychologischen Verständnis von Schemata (Roediger 2016), deren Änderung nur durch gezielte Aktivierung und Hemmung neuronaler Muster erfolgen kann. Und dies geschieht nur über das emotionale Erleben in Stuhldialogen und Imaginationen in der Therapie und schemainkongruentem Verhalten im Alltag. ACT und Schematherapie stimmen auch darin überein, dass Erlebensvermeidung ein entscheidender, aufrechterhaltender und exazerbierender Faktor in der Entwicklung

psychischen Leides darstellt. Was die ACT eine rigide Kontrollagenda nennt – Versuche, mit Leid umzugehen, deren Kosten irgendwann so hoch werden, dass man eine Therapie beginnt (Wengenroth 2012) –, ist in der Schematherapie die Schemabewältigung. Kontrollagenda und Bewältigung verhindern die Öffnung für das natürliche, existenzielle Leid des Menschseins und verbrauchen die Energie, die zur werte- und bedürfnisorientierten Lebensgestaltung benötigt wird.

Für das tiefere Verständnis dieses Buches ist es hilfreich, gewisse schematherapeutische Vorkenntnisse zu besitzen und diese auch in die Praxis umzusetzen. Für eine tief greifende theoretische Auseinandersetzung mit der Schematherapie verweise ich auf Young et al. (2008) und Roediger (2016). Eher praktisch orientierte Bücher liegen von Jacob und Arntz (2015) sowie von Faßbinder et al. (2016) vor. Das Grundlagenwerk der ACT stammt von Hayes et al. (2014), Bücher über die praktische Anwendung gibt es unter anderem von Stoddard und Afari (2016), Harris (2020) und Wengenroth (2017).

Roediger et al. (2018) sowie Valente und Roediger (2020) integrieren in ihren Büchern den kontextuellen ACT-Ansatz in die Schematherapie und stellen somit eine wirklich kontextuelle Schematherapie in Theorie und Praxis vor. Neu daran ist, dass es nicht mehr nur darum geht, den Inhalt der maladaptiven Schemata zu ändern (laut ACT verstärkt dies sogar die entsprechenden neuronalen Netzwerke; Hayes und Wilson 1994), sondern eine nützliche Beziehung zu ihnen aufzubauen. Während es manchmal also nützlich sein kann, dem Kritiker vehement zu widersprechen (»Das kleine Mädchen ist nicht wertlos und muss gar nichts dafür tun, um wertvoll zu sein; sie ist genau so wertvoll, wie sie ist!«), ist es in anderen Momenten nützlicher, den Kritiker als ein Radio zu betrachten, das einfach im Hintergrund läuft (»Du bist so wertlos, schau dich doch einmal an, keiner kann dich mögen«), oder als einen Papagei, der immer das Gleiche sagt (»Du bist wertlos, du bist wertlos, du bist wertlos ...«), und sich darauf zu konzentrieren, was man im Hier und Jetzt für Absichten verfolgt. Damit weichen wir vom klassischen schematherapeutischen Ansatz ab, wie ihn etwa Jacob und Arntz (2015) beschreiben. Im vorliegenden Buch beziehe ich mich explizit auf diesen klassischen Ansatz und versuche auch nicht, eine alternative kontextuelle Schematherapie zu etablieren. Wer sich für die Unterschiede interessiert, sei auf die oben genannte Literatur zur kontextuellen Schematherapie verwiesen.

McKay et al. (2013) stellen schließlich ein ACT-basiertes Programm zur Verfügung, in dem das Schema-Konzept verwendet wird, um den existenziellen, natürlichen Schmerz, den menschliches Leben mit sich bringt, für Patientinnen besser verstehbar zu machen (und vielleicht das von der ACT eigentlich ignorierte Bedürfnis der Patientinnen nach einem ontologischen Narrativ zu erfüllen). Ziel des Programms ist es, die Reaktion auf die Schemata nützlich zu gestalten, nicht sie aufzulösen.

Ich gebe im Folgenden einen kurzen Überblick über die schematherapeutische Theorie und erkläre wichtige Begriffe wie Grundbedürfnisse, Schema, Modus und Modusmodell (→ Kap. 2). Darauf folgt ein Umriss der wissenschaftlichen und philosophischen Hintergründe der ACT, die vor allem aus dem funktionalen Kontextualismus und der Relational Frame Theory bestehen (→ Kap. 3). Im Anschluss beschreibe ich die sechs Kernprozesse der ACT, die sich aus der praktisch-therapeutischen Anwendung

dieser Theorien ergeben und im Kontext psychischer Störungen sowohl Pathogenese als auch Salutogenese erklären sollen (→ Kap. 4). In Kapitel 5 integriere ich die sechs Prozesse der ACT in das Modusmodell der Schematherapie, um dessen Aussagekraft zu erhöhen und Fenster für ACT-Interventionen im Rahmen einer Schematherapie zu öffnen. Am Beginn des Kapitels 5 steht die Annahme, dass die ACT-Prozesse den Umgang der Gesunden Erwachsenen mit den anderen, »problematischen« Modi (Kritiker, Kind, Bewältigung) sowohl in der hilfreichen schemahemmenden als auch der nicht hilfreichen schemaverstärkenden Weise darstellen können. Von dieser Annahme ausgehend folgen eine Beschreibung der ACT-Prozesse mit schematherapeutischen Termini und eine Vielzahl von Beispielen für ihre praktische Anwendung in einer Schematherapie. Das Buch schließt mit einer kurzen Zusammenfassung und einer Aussage zur Epistemologie angelnder Therapeutinnen.

2 Innere Entitäten – Schematherapie

Die Schematherapie hat ihren Namen von den maladaptiven Schemata, d.h. Erlebenszuständen, die sich in der Kindheit durch tatsächliche Erfahrungen gebildet und im Erwachsenenleben wie Flashbacks in den Entstehungskontexten ähnlichen Situationen reaktivieren. Ist ein Schema aktiv, verändert sich unsere ganze Weltsicht. Emotionen, Gedanken, Körperempfinden, Handlungsimpulse, Erinnerungen, Wahrnehmung und Verhalten weichen von dem ab, was wir sonst im Alltag erleben. In diesem regressiven Zustand fühlen wir uns häufig nicht wie kompetente Erwachsene, sondern wie die Kinder von damals, die sich an aversive Umstände anpassen müssen und dabei heftige Emotionen und die Frustration von psychischen Grundbedürfnissen, meist durch die wichtigsten Bezugspersonen, erleben. Da aktivierte maladaptive Schemata sehr unangenehm sind, bilden wir sehr bald Coping-Mechanismen, die uns helfen, so schnell wie möglich dieses umfassende Erleben zu beenden oder zu mildern. Während dies kurzfristig häufig erfolgreich ist, bringen diese Coping-Mechanismen meist hohe langfristige Kosten mit sich. Adaptive wie maladaptive Schemata gehören zur Grundausstattung aller Menschen. Probleme entstehen dann, wenn die maladaptiven Schemata so stark ausgeprägt sind, dass sie mit funktionaler Beeinträchtigung und starkem subjektivem Leid einhergehen (Jacob und Arntz 2015; Young et al. 2008).

Schemata entstehen in der Kindheit in einem komplexen Zusammenspiel aus unseren psychischen Grundbedürfnissen, dem Ausmaß der Befriedigung dieser Bedürfnisse durch unsere wichtigsten Bezugspersonen, von denen wir in der asymmetrischen Bezugsperson-Kind-Beziehung abhängig sind, und wie wir als Kind mit chronischen oder besonders ausgeprägten Frustrationen dieser Bedürfnisse durch die Bezugspersonen umgehen.

FALLBEISPIEL

Das Kleinkind Lea hat ein starkes Bindungsbedürfnis und versucht, dieses durch Kontaktaufnahme zu ihrem Vater zu befriedigen. Sie bietet ihm Spielzeug an, versucht, auf seinen Schoß zu klettern, weint schließlich, wird wütend oder wirft etwas durch die Gegend, nur um Zuwendung und Aufmerksamkeit zu bekommen. Blockiert der Vater immer wieder diese Versuche, wird also Leas Bedürfnis wieder und wieder frustriert, entwickelt ihr Organismus automatisch ein selbstregulierendes Verhalten, um die Kosten des chronisch unbefriedigten Bedürfnisses zu senken. Statt sich jedes Mal eine schmerzvolle Zurückweisung abzuholen, stellt Lea ihre Kontaktversuche ein, verstummt vielleicht, zieht sich zurück, meidet den Vater und

entwickelt depressive Symptome.²¹ Dadurch erfährt sie zwar keine Bindung und ihr Bedürfnis danach bleibt weiterhin bestehen, genauso wie Hunger und Durst, es wird aber nicht mehr frustriert. Wiederholt sich dieses Muster über einen längeren Zeitraum, bilden sich neuronale Netze, welche die einzelnen Stimuli miteinander verknüpfen: Bindungsbedürfnis, Bezugsperson, Zurückweisung, Traurigkeit, Einsamkeit, der Gedanke, nichts wert zu sein, Rückzug, depressives Gefühl, die Wohnung von damals. Dieses neuronale Netz wird im Erwachsenenleben dann möglicherweise aktiviert, wenn Lea einem diesen Stimuli ähnlichen Stimulus begegnet. So zieht sich das erwachsen gewordene Kind Lea in einer romantischen Beziehung beim kleinsten Zeichen von vermeintlicher Zurückweisung zurück und geht aus dem Kontakt.

Jeffrey Young postulierte ursprünglich 18 verschiedene Schemata, die sich fünf psychischen Grundbedürfnissen (Sichere Bindung, Autonomie, Realistische Grenzen, Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen, Spontaneität und Spiel) bzw. im Falle ihrer Frustration fünf korrespondierenden Schemadomänen (Abgetrenntheit und Ablehnung, Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung, Beeinträchtigung im Umgang mit Grenzen, Fremdbezogenheit, übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit) zuordnen lassen (Young et al. 2008). Die Zuordnung ist heuristisch gemeint und basiert eher auf klinischer Beobachtung als auf empirischer Forschung. Die Anzahl der Grundbedürfnisse und damit auch die Anzahl der verschiedenen Schemata und ihre qualitativen Unterschiede sind immer wieder Gegenstand von Debatten (z.B. Arntz et al. 2021; Bach et al. 2018) und Versuchen, eine einheitliche und mit etablierten Ansätzen kompatible theoretische Basis zu finden (z.B. Lazarus et al. 2020; Roediger 2016). Sicher ist, dass die Schematherapie sich als Weiterentwicklung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes versteht, mit beiden Beinen auf neurobiologischem Boden stehen will und sowohl in der Entstehung als auch in der Behandlung psychischer Störungen größten Wert auf psychische Grundbedürfnisse, Emotionen und zwischenmenschliche Beziehungen legt. Die klassische Klientel der Schematherapeutinnen sind Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen und Depression, eigentlich versteht sich die Schematherapie jedoch als transdiagnostischer Ansatz und dadurch auch als allgemeines Seelenmodell.

Um besser verstehen zu können, wie sich ein aktiviertes maladaptives Schema im Hier und Jetzt darstellt, wurde das Modusmodell entwickelt, ebenso heuristisch gemeint wie die Schemata (Young et al. 2008). Modi beschreiben dynamische, mehr oder weniger voneinander dissoziierte Zustände, die verschiedene psychische Funktionen erfüllen. Die kontextuelle Schematherapie nimmt ein dimensionales Modell der Modi an, wobei sich die Bewältigungsmodi auf der sichtbaren Ebene abspielen,

2 Videos des »Still-face-Experiments« von Edward Tronick [2007] sind im Internet verfügbar und zeigen anschaulich diese Prozesse, z.B. unter www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZhto.

während im Hintergrund als treibende Kräfte Kritiker und Kind aktiv sind (Roediger et al. 2018).

Grundsätzlich unterscheidet die klassische Schematherapie vier Kategorien von Modi, die wiederum eigene Unterkategorien haben (→ Tab. 2-1):

Modusklasse	Ausprägungen	Funktion
Elternmodi (»Innerer Kritiker«)	strafend (abwertend) Leistung fordernd (viel zu übertrieben, nicht abwertend gemeint)	automatische Kognitionen, introjierte Regeln, Standards und Bewertungen, Glaubenssätze, meist auf das Kind und die Bewältigungsmodi bezogen, teilweise auch auf andere Menschen
Kind	einsam, verlassen, dependent, ärgerlich, wütend, impulsiv, undiszipliniert, glücklich	Erleben von Emotionen, Bedürfnissen, Impulsen und damit verbundenen Verhaltensweisen
Bewältigung	Unterwerfung (sich dem Schema unterwerfen, sich so verhalten, als wäre es wahr, »ich bin ja wirklich total unwichtig«) Vermeidung aller Stimuli, die das Schema aktivieren Überkompensation (sich so verhalten, als wäre das Gegenteil des Schemas wahr, »ich bin die Wichtigste«)	homöostatische Regulation der durch die Elternmodi ausgelösten Erregungszustände des Kindes
Gesunde Erwachsene		erwachsene Funktionen, langfristig hilfreicher Umgang mit Schemata und anderen Modi, angemessene Gestaltung von Arbeit, Beziehungen, Sexualität, Freizeit, Interessen, Gesundheit

Tab. 2-1: Schematherapeutische Modi und ihre Funktionen (mod. nach Jacob und Arntz 2015, S. 46 ff.)

FALLBEISPIEL Stuhldialog

Lea ist mittlerweile erwachsen. Ihre Schematherapeutin bespricht mit ihr, ob das Schema »emotionale Entbehrung« (Schemadomäne »Abgetrenntheit und Ablehnung«, Grundbedürfnis »Sichere Bindung«) zu ihrem Erleben passen könnte. Lea fühlt sich von niemandem geliebt, obwohl sie verschiedene, in den Augen der Therapeutin hilfreiche und positive Beziehungen zu Freundinnen und einem Partner führt.

In einem Stuhldialog bearbeiten sie gemeinsam eine Situation aus Leas Alltag, in der sie sich wieder einmal von ihrem Partner zurückgezogen habe.

Auf dem Stuhl des »Kritikers« bekommt Lea Zugang zu den automatischen Bewer-

tungen, die zum Schema gehören. »Du bist niemandem wichtig. Keiner liebt dich«, sagt sie aus der Position des Kritikers zum Kind. Die Therapeutin bittet sie, auf den Stuhl des Kindes zu wechseln. Dort spürt Lea die Einsamkeit und Traurigkeit aus ihrer Kindheit, ausgelöst durch die Bewertungen des Kritikers. »Was ist dein Impuls, was möchtest du jetzt am liebsten tun?«, fragt die Therapeutin. Lea will am liebsten den Therapieraum verlassen. »Das ist der Bewältigungsmodus, der dir auch damals schon geholfen hat«, sagt die Therapeutin und bittet Lea, auf einem Stuhl, der zwischen Kritiker und Kind steht, Platz zu nehmen. »Wie fühlt es sich da an?«, fragt sie. »Ganz okay, eigentlich«, antwortet Lea, »ich fühle nicht wirklich etwas.« Die Therapeutin stellt dem Kindstuhl einen weiteren Stuhl an die Seite, den der Gesunden Erwachsenen.

Mit Unterstützung der Therapeutin konfrontiert Lea den Kritiker, distanziert sich von ihm, kümmert sich um die Bedürfnisse des Kindes und erarbeitet Möglichkeiten, dieses neue Muster auch im Alltag umzusetzen.

HINWEIS

Im Verlauf des Buches verwende ich der Übersicht und Einfachheit halber die Termini **Kritiker** für die Elternmodi, **Kind** für alle mit unangenehmen Gefühlen und Impulsen assoziierten Kindmodi und **Bewältigungsmodus** für alle seine Unterformen. Es bleibt der Therapeutin überlassen, die Interventionen an die individuelle Situation der Patientin anzupassen.

Ziel einer Schematherapie ist üblicherweise die Stärkung der Gesunden Erwachsenen, die zunehmend die stabilisierende Rolle des Teufelskreises aus Elternmodus, Kindmodus und Bewältigung ablösen und durch langfristig hilfreiches und bedürfnisorientiertes Verhalten ersetzen soll. Dazu stehen vor allem emotionsaktivierende, kognitive und verhaltensbezogene Interventionen zur Verfügung. Besonders für die Schematherapie ist zudem die Gestaltung der Therapiebeziehung im Sinne einer begrenzten Nachbeelterung. Die Therapeutin fokussiert sich dabei in ihrem Umgang mit der Patientin auf die unbefriedigten Grundbedürfnisse und versucht, diese in der Beziehung zu befriedigen. Probleme, die in Beziehungen entstanden sind, lassen sich am besten in einer Beziehung verändern.

3 Innere Prozesse – Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

An dieser Stelle wird vor allem auf die hinter der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) stehende funktional-kontextuelle Philosophie eingegangen, die sich in den später beschriebenen sechs Kernprozessen manifestiert (→ Kap. 5). Die »Bezugsrahmentheorie« (»Relational Frame Theory« [RFT]) beschreibe ich nur oberflächlich, da eine ausführliche Darstellung den Rahmen dieses Kapitels sprengen würde und Hayes et al. (2014) sie auch besser erklären können.

Der *funktional-kontextuelle Ansatz* grenzt sich bewusst und deutlich von dem ab, was in der ACT als wissenschaftsphilosophischer Mainstream bezeichnet wird. In diesem Mainstream geht es darum, die Welt in Einzelteile zu zerlegen, diese zu benennen und zu verstehen, welche Mechanismen sie verbinden. Das Ziel ist, die Welt korrekt abzubilden sowie Sicherheit und Klarheit über die eigenen Annahmen zu erlangen. Dieses Denken ist tief in unserer (westlichen) Gesellschaft verankert und führt dazu, dass Patientinnen in die Therapie kommen und beispielsweise fest davon überzeugt sind, »ein schlechter Mensch« zu sein und viele Alltagsbeispiele und Begründungen dafür angeben. Hängt die Therapeutin dann auch diesem Mainstream an, wird sie versuchen, die Patientin dazu zu bringen, einmal logisch auf die Sache zu blicken und eine Neubewertung vorzunehmen. Wahrheit bedeutet hier, inwieweit sich Wörter und Realität decken. Ein Ansatz also, der kognitiven Verhaltenstherapeutinnen wohlbekannt ist. Dabei geraten beide nur zu leicht in einen Kampf der Wahrheiten, die trotz der Postulate des Mainstreams subjektiv bleiben.

Der *funktionale Kontextualismus* dagegen betrachtet Verhalten als untrennbar von dem Kontext, in dem es stattfindet. Kontext meint dabei einen Strom von Ereignissen, der sich auf das Verhalten auswirkt wie der behavioristische Stimulus auf die auf ihn folgende Reaktion. Der Kontext organisiert dadurch das Verhalten. Dabei dürfen wir uns unter Kontext keine konkreten Objekte vorstellen, sondern eine Vorgeschichte (d.h. dem Ereignis vorausgehend) und einen situationellen Kontext, in dem das Verhalten stattfindet. Stellen wir uns das Ereignis »Nudeln kochen« vor. Die proximale Geschichte vor dem Ereignis besteht darin, dass Sie Hunger haben und nur noch Nudeln im Schrank liegen. Der situationelle Kontext ändert sich mit jedem Moment (»Ich gehe zur Schublade, um einen Topf zu holen. Mit dem Topf gehe ich zum Wasserhahn, um ihn mit Wasser zu füllen. Ich gehe mit dem vollen Topf zum Herd und stelle ihn auf eine Platte, um das Wasser zu erhitzen ...«). Das Ereignis »Nudeln kochen« bein-

haltet also einen Ausgangspunkt, einen Zielpunkt, einen Grund für das Verhalten und einen zu erfüllenden Zweck. Das einzige, was ACT-Therapeutinnen am Verhalten wirklich interessiert, ist, ob es erfolgreich war. Mit »erfolgreich« meinen sie, dass ein Verhalten zu dem vorbestimmten Ziel geführt hat. Das ist auch ihre Wahrheit; sie wird nicht durch Worte und deren Verhältnis zur Realität definiert, sondern ist das, was funktioniert. Warum es funktioniert, interessiert sie allerdings weniger, denn allgemeine Aussagen über »das Wesen der Dinge« oder »die Realität« betrachten sie als hinderlich auf dem Weg zu zweckmäßigem und pragmatischem Verhalten (deswegen ist ACT auch unvereinbar mit kognitiver Umstrukturierung). Wir können nicht wissen, wie die Dinge wirklich sind, sondern erleben Ereignis auf Ereignis, in dem es sich hilfreich und werteorientiert zu verhalten gilt.

Die *Bezugsrahmentheorie* postuliert, dass Menschen mittels Sprache lernen, willkürliche, vom Kontext bestimmte Beziehungen zwischen Objekten herzustellen. Sie lernen dadurch, entsprechende Antworten auf Reize zu geben, auch wenn diese vorher nicht in einer Beziehung standen, und erleben diese Antworten als verstärkend. So lernt beispielsweise ein Kind, das immer wieder in seiner Autonomie behindert wird, dass es selbst zu nichts in der Lage ist. Dies könnte die Form des Kritikers annehmen. Durch die Introjizierung der Botschaft der Bezugspersonen wird das Erlebte als versprachlichte Regel abgespeichert und das Kind lernt, sich selbst als Versager zu beschreiben und entsprechend zu verhalten. Dieses Verhalten dient dann als Verstärker für die neue Assoziation und die Regel. Ob das Kind in Wahrheit ein Versager ist oder nicht, spielt dabei keine Rolle. Im Modusmodell begegnen uns solche gelernten Verbindungen an jeder Ecke, eigentlich ist der Teufelskreis aus Kritiker, Kind und Bewältigung solch eine gelernte Assoziation, die gelernten Regeln und Bewertungen folgt.

Für die *Schematherapie* sind diese Ideen in mehrerlei Hinsicht hilfreich. Wir bekommen dadurch einen neuen Blick auf das Verhalten der Patientinnen, der uns helfen kann, besser zu reagieren. Zum Beispiel würde in einer ACT niemals der Kritiker entmachtet werden, weil es völlig egal ist, was er redet – er ist einfach kein hilfreicher Modus. Die mittels Sprache hergestellten Verbindungen zwischen der Patientin und negativen Bewertungen sind aus dem Blickwinkel der ACT eben nicht mehr als das: Sprache, mit der vorsichtig umgegangen werden sollte. Jede Therapeutin weiß, wie mühsam es ist, Patientinnen davon zu überzeugen, dass sie doch wertvoll und wichtig seien; viele Patientinnen nehmen an, sie könnten erst gut mit sich umgehen, wenn sie sich selbst als wertvoll erleben.

All das sind Probleme, die in einer ACT nicht auftauchen. Weiterhin lenkt die ACT unseren Fokus auf Ereignisse, also Verhalten in Kontexten. Aktivierte Schemata sind Ereignisse im Sinne der ACT, die eine Vorgeschichte und situationelle Faktoren beinhalten, die wiederum Kritiker, Kind und Bewältigung organisieren. Schemata und äußere Trigger stellen Kontexte dar, in denen das dysfunktionale Verhalten erfolgreich und zweckmäßig ist, da es den Patientinnen meist um Erlebensvermeidung geht. Es ist jedoch in keiner Weise zweckmäßig in Bezug auf die Bedürfnisse und Werte der Patientin. So kann uns die ACT im Kampf gegen die Schemata entlasten. Sie erinnert uns

daran, nicht nur Vermeidungsziele zu verfolgen, sondern die meiste Energie in Annäherungsziele zu stecken. Vielleicht geht es nicht immer um den Inhalt von Gedanken, Aussagen und Gefühlen, sondern auch darum, wie hilfreich sie für die Patientin bei der Realisierung ihrer Werte sind. Nicht zuletzt unterstreicht die ACT die Wichtigkeit der Gesunden Erwachsenen als therapeutisches Agens. Die Gesunde Erwachsene kann die willkürlichen sprachlichen Verbindungen lösen, eine distanzierte Haltung zu Sprache lernen, Kontexte aufsuchen, die ihr Verhalten nicht im Sinne einer Vertiefung der Schemata organisieren, und verstehen, dass sie selbst ein Kontext ist und den anderen Modi wie auf einer Bühne beim Auf- und Abtreten zusehen kann. Die ACT betrachtet konzeptualisierte Selbstbeschreibungen wie »ich bin im Kindmodus« als rigide und nicht hilfreich und schlägt statt emotionaler Versorgung Übungen zum Selbst-als-Kontext vor. Die sechs Kernprozesse der ACT, in denen der funktionale Kontextualismus und die Bezugsrahmentheorie ihre klinisch-praktische Anwendung finden, geben der Gesunden Erwachsenen konkrete Werkzeuge an die Hand. Mit diesen Werkzeugen kann sie sich eine eigene Wahrheit erarbeiten, die darauf basiert, wie erfolgreich sie sich um ihre Bedürfnisse kümmert, und nicht, ob der Kritiker recht hat oder nicht.

4 Die Reaktionsdimensionen der Akzeptanz- und Commitment-Therapie

Es ist nicht leicht, den Überblick über die ACT-Prozesse zu behalten. Sie überschneiden sich, setzen einander voraus und bringen einander hervor. Hinzu kommt, dass verschiedene Arbeitsgruppen unterschiedliche Begriffe für dieselben Prozesse verwenden (ich halte mich an Hayes et al. 2014). Auch gibt es in der ACT keine eindeutigen Annahmen darüber, welche Prozesse wann in der Therapie adressiert werden sollten. Stattdessen werden üblicherweise in den meisten Sitzungen verschiedene Prozesse thematisiert (Wengenroth 2012). Versuche, eine für den therapeutischen Ablauf nützliche Struktur in die Prozesse zu bringen, brachten verschiedene Ergebnisse (Luoma et al. 2009).

Der klassische, im Standardwerk der ACT (Hayes et al. 2014) vorgeschlagene Ansatz gibt jedoch einen Weg vor, der sehr dem Ablauf einer schematherapeutischen Intervention gleicht (→ Abb. 4-1):

- Selbst-als-Kontext
- Achtsamkeit
- Akzeptanz
- Defusion
- Werte
- engagiertes Handeln

Die Prozesse werden dabei in drei Reaktionsdimensionen der psychischen Flexibilität eingeteilt:

- zentriert
- offen
- engagiert

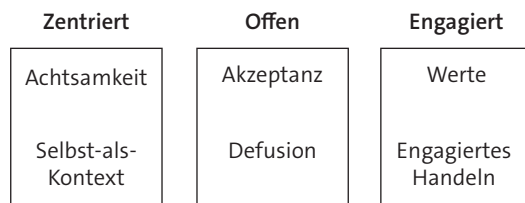


Abb. 4-1: Die drei Reaktionsdimensionen psychischer Flexibilität.

Die zentrierten Prozesse sind Eigenschaften der Gesunden Erwachsenen. Sie übt Achtsamkeit für den aktuellen Augenblick und versteht sich selbst als Kontext, in dem sie verschiedene Modi beobachten kann. Die Zentrierung erlaubt die Öffnung für das innere Erleben, die durch Defusion von den Botschaften des Kritikers und Akzeptanz für das Leid des Verletzlichen Kindes (bzw. den Ärger des Ärgerlichen Kindes und die Impulse des Impulsiven Kindes) geschieht. Diese Öffnung wiederum ermöglicht die Besinnung auf Werte und Bedürfnisse und mobilisiert Energie für engagiertes Handeln.

Das Zusammenspiel dieser drei Reaktionsdimensionen zeigt einige Parallelen mit dem Basisskript von schematherapeutischen Stuhldialogen und Imaginationen sowie dem Schema-Modus-Memo:

- Wahrnehmen des aktivierten Schemas und der Modi
- Anerkennen der Gefühle und Bedürfnisse des Kindes
- Entmachtung des Kritikers
- Versorgung des Kindes

Oder noch kürzer: wahrnehmen, was da ist, und sich hilfreich verhalten.

Betrachtet man die pathogenen Entsprechungen der Prozesse und setzt sie wie in Abbildung 4-1 zusammen, ergibt sich wiederum ein Bild, das einer Schemaaktivierung im Alltag und damit zusammenhängender Bewältigungsversuche gleicht (→ Abb. 4-2). Wir nennen die Reaktionsebenen der psychischen Inflexibilität hier »nicht zentriert«, »nicht offen« und »nicht engagiert«.

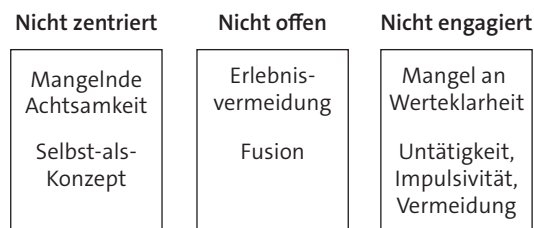


Abb. 4-2: Reaktionsdimensionen psychischer Inflexibilität.

Kehren wir die Idee, dass der Gesunden Erwachsenen alle Fähigkeiten der psychischen Flexibilität zur Verfügung stehen, um, ergibt sich nicht etwa eine *gestörte* Erwachsene, sondern eine Gesunde Erwachsene mit großem Lernbedarf und aktiven Schemata oder eine Gesunde Erwachsene »mit weniger Stärke und Wirkkraft« (Young et al. 2008, S. 78), die noch nicht weiß, wie sie mit den anderen Modi umgehen soll und von ihnen überwältigt wird. Häufig fällt es Patientinnen schwer, Kontakt zur Gesunden Erwachsenen aufzunehmen und eine Vorstellung davon zu entwickeln, wie man auf hilfreiche Art mit sich selbst umgehen könnte. Trotzdem sind diese Anlagen immer da. Schon die Entscheidung, eine Therapie zu beginnen, entspringt der Gesunden Erwachsenen. Manchmal haben Patientinnen auch ein theoretisches Menschenbild (»alle Menschen sind wertvoll«), es gelingt ihnen jedoch wegen der Fusion mit dem Kritiker nicht, dieses auch auf sich selbst anzuwenden.

Die Gesunde Erwachsene ist also da, man hat ihr bloß nicht beigebracht, sich selbst zu erleben und gut um das Kind zu kümmern. Ein hilfreiches Bild dafür ist eine Pflanze, deren Samen vielleicht noch in der Erde schlummert oder die gerade erst ausgeschlagen hat, die wir im Therapieverlauf gießen, düngen und wachsen lassen wollen.