



Romanczuk-Seiferth

Burian/Diefenbacher (Hrsg.)

ACT in Klinik und Tagesklinik

Arbeiten mit der Akzeptanz-
und Commitment-Therapie
in multiprofessionellen Teams

Kohlhammer

Herausgeberin und Herausgeber



Prof. Dr. Nina Romanczuk-Seiferth ist Psychologische Psychotherapeutin (VT), Diplom-Psychologin und Supervisorin. Sie ist Professorin für Neurobiologie der Psyche und Neuropsychotherapie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, und als leitende Psychologin und Psychotherapeutin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, tätig. Sie verfügt über langjährige Erfahrung mit ACT als Therapeutin, Trainerin und Supervisorin und ist Mitglied der ACBS, DGKV und des ACT-Netzwerks Berlin-Brandenburg. Ihre Forschung fokussiert auf emotionale und motivationale Prozesse bei psychischen Erkrankungen und im Rahmen moderner Psychotherapieansätze. Zudem ist sie als Dozentin in verschiedenen Bereichen der Psychotherapie sowie der Neurowissenschaften und als Supervisorin im Einzel- wie Gruppensetting sowie für klinische Teams aktiv.



Dr. Ronald Burian ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Oberarzt des Bereiches Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Berlin. Sein klinischer Schwerpunkt lag viele Jahre im Bereich der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Er engagiert sich maßgeblich im Aufbau von ambulanten und tagesklinischen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen – insbesondere mit chronischen Schmerzserkrankungen, Diabetes mellitus und funktionellen Störungen. Seine Beschäftigung mit ACT entstand aus der Erfahrung, dass diese Therapie ein hervorragendes transdiagnostisches Fundament für darauf aufbauende störungsspezifische Interventionen bietet. Ronald Burian arbeitet seit 2011 mit ACT und ist Mitglied der ACBS und DGKV. Als peer-reviewed Trainer der ACBS leitet er zahlreiche ACT-Workshops in Deutschland und Europa.



Prof. Dr. Albert Diefenbacher ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Er ist ehemaliger Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) Berlin sowie Leiter der Section on Consultation-Liaison-Psychiatry and Psychosomatics der European Psychiatric Association (EPA). Im Rahmen seiner klinischen Tätigkeit unterstützte und supervidierte er die organisationelle Implementierung unterschiedlicher praktischer ACT-Modelle in vollstationären und tagesklinischen Bereichen in der klinischen Regelversorgung im Rahmen eines Allgemeinkrankenhauses im Berliner Bezirk Lichtenberg und deren versorgungswissenschaftliche Erforschung.

Nina Romanczuk-Seiferth
Ronald Burian
Albert Diefenbacher (Hrsg.)

ACT in Klinik und Tagesklinik

Arbeiten mit der Akzeptanz- und Commitment-
Therapie in multiprofessionellen Teams

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2021

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-035641-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-035642-9

epub: ISBN 978-3-17-035643-6

mobi: ISBN 978-3-17-035644-3

Autorinnen und Autoren

Dr. rer. soc. Klaus Ackermann

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut
Median-Klinik Wilhelmsheim
Wilhelmsheim 11
71570 Oppenweiler
E-Mail: Klaus.Ackermann@median-kliniken.de

Dr. phil. Barbara Annen

Diplom-Psychologin, Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin
Behandlungszentrum für Psychosomatik
Solothurner Spitäler AG, Psychiatrische Dienste
Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Baslerstr. 150
CH – 4600 Olten
E-Mail: Barbara.Annen@spital.so.ch

Dr. med. Herbert Assaloni

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Praxis Zum beherzten Leben
Bildungswerkstatt ACT
Lindstr. 39
CH – 8400 Winterthur
www.zumbeherztenleben.ch
E-Mail: herbertassaloni@bluwin.ch

Dr. phil. Charles Benoy

M.Sc. Psychologe, Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut
Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Str. 27
CH – 4002 Basel

E-Mail: Charles.Benoy@upk.ch

Dr. rer. medic. Kerem Böge

M.Sc. Psychologe
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Campus Benjamin Franklin
Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
E-Mail: Kerem.Boege@charite.de

Christine Brancato

M.Sc. Psychologin, Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin
Praxis Kronenmatt
Hauptstr. 62
CH – 4102 Binningen
E-Mail: Christine.Brancato@praxiskronenmatt.ch

Dr. med. Alexander Brümmerhoff

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
DRK Kliniken Berlin Westend
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
E-Mail: bruemmerhoffa@web.de

Dr. rer. nat. Nicole C. Bührsch

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Theodor Fliedner Stiftung, Fliedner Klinik Berlin

Ambulanz und Tagesklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Markgrafenstr. 34
10117 Berlin
E-Mail: Nicole.Buehrsch@fiedner.de

Dr. med. Ronald Burian

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzber-
ge gGmbH
Herzbergstr. 79
10365 Berlin
E-Mail: R.Burian@keh-berlin.de

Dr. rer. hum. biol. Claudia China

Diplom-Psychologin, Psychologische Psycho-
therapeutin
Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz
Frahmsallee 1-7
23714 Bad Malente
E-Mail: Claudia.China@drv-nord.de

Claudia Dambacher

Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Hochschulambulanz für Psychotherapie,
Diagnostik und Gesundheitsförderung
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
E-Mail: claudia.dambacher@fu-berlin.de

Dr. rer. medic. Marie Christine Dekoj

Diplom-Psychologin, Psychologische Psycho-
therapeutin
Psychotherapeutische Praxis
Karlsplatz 6
89073 Ulm
E-Mail: m.c.dekoj@gmail.com

Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher

MBA, Facharzt für Psychiatrie und Psycho-
therapie, Facharzt für Psychosomatische Me-
dizin und Psychotherapie
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Campus Benjamin Franklin

Charité – Universitätsmedizin Berlin, corpo-
rate member of Freie Universität Berlin,
Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin
Institute of Health
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
E-Mail: Albert.Diefenbacher@charite.de

Dr. med. Annegret Dreher

Fachärztin für Psychiatrie und Psychothera-
pie
Klinik für Forensische Psychiatrie
Oderberger Str. 8
16225 Eberswalde
E-Mail: Annegret.Dreher@gmail.com

Emre Ergen

B.Sc. Psychologie
Technische Universität Berlin
Fachgebiet Ökonomie und Nachhaltiger
Konsum
Institut für Berufliche Bildung und Arbeits-
lehre
Marchstr. 23
10587 Berlin
E-Mail: Emre.Ergen@campus.tu-berlin.de

Andrea Flatow

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzber-
ge gGmbH
Herzbergstr. 79
10365 Berlin
E-Mail: A.Flatow@keh-berlin.de

Dr. sc. med. Vanya Gocheva

M.Sc. Psychologin, Eidgenössisch anerkannte
Psychotherapeutin
Praxis Qurateam
Steinenberg 23
CH – 4051 Basel
E-Mail: v.goecheva@qurateam.ch

Dr. rer. medic. Susan Gruber

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Theodor Fliedner Stiftung, Fliedner Klinik
Berlin

Ambulanz und Tagesklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik

Markgrafenstraße 34
10117 Berlin

E-Mail: Susan.Gruber@fliedner.de

Dr. med. Eric Hahn

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Campus Benjamin Franklin

Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin,
Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin
Institute of Health

Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

E-Mail: Eric.Hahn@charite.de

Steven C. Hayes, PhD

Foundation Professor, Behavior Analysis program

Department of Psychology / MS 296
University of Nevada

1664 N. Virginia Street
USA – Reno, NV 89557-0062

E-Mail: hayes@unr.edu

Mona Heinrich

Staatlich anerkannte Ergotherapeutin

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
gGmbH

Herzbergstr. 79
10365 Berlin

E-Mail: M.Heinrich3@keh-berlin.de

Stefan G. Hofmann, PhD

Professor of Psychology

Department of Psychological and
Brain Sciences

Boston University

900 Commonwealth Avenue, 2nd Floor

USA – Boston, MA 02215

www.bostonanxiety.org

E-Mail: shofmann@bu.edu

Cornelia Hörmann

Tanz- und Ausdruckstherapeutin (BTD), Heilpraktikerin (Psychotherapie), Heiltanzpädagogin

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
gGmbH

Herzbergstr. 79

10365 Berlin

E-Mail: C.Hoermann@keh-berlin.de

Dr. phil. Patrick Jeger

Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut

PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG

Hunzigenallee 1

CH – 3110 Münsingen

E-Mail: Patrick.Jeger@pzmag.ch

Julia Kilian

Diplom-Kunsttherapeutin, Yogalehrerin

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
gGmbH

Herzbergstr. 79

10365 Berlin

E-Mail: J.Kilian@keh-berlin.de

Veronika Kuhweide

Diplom-Pflegefachfrau, Paar- & Familientherapeutin

Zentrum für Psychosomatik und Psychotherapie

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Wilhelm Klein-Str. 27

CH – 4002 Basel

E-Mail: Veronika.Kuhweide@upk.ch

Sari Multamäki

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Vivantes Klinikum Am Urban
Dieffenbachstraße 1
10967 Berlin
E-Mail: sari.multamaeki@vivantes.de

Dr. Ray Owen

Consultant Clinical Psychologist, Health Psychologist
Health Psychology Service
Wye Valley NHS Trust
UK – Hereford
E-Mail: drrayowen@gmail.com

Mareike Samaan

M.Sc. Psychologin
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Herzbergstr. 79
10365 Berlin
E-Mail: M.Samaan@keh-berlin.de

Inga Pontow

M.Sc. Psychologin
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Herzbergstr. 79
10365 Berlin
E-Mail: I.Pontow@keh-berlin.de

Mareile Rahming

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Praxis für Psychotherapie
Regensburger Str. 34
10777 Berlin
E-Mail: kontakt@rahming-psychotherapie.de

Prof. Dr. rer. medic. Nina Romanczuk-Seiferth

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health
Charitéplatz 1
10117 Berlin
E-Mail: Nina.Seiferth@charite.de

Dr. Graciela Rovner

PhD in Rehabilitation Medicine, Senior Pain Specialist
Physiotherapist
ACT Institutet Sweden
Trälåsvägen 13 A
SE-426 68 VÄSTRA FRÖLUNDA
SWE – Gothenburg
und
Karolinska Institutet
Department of Neurobiology, Care Sciences and Society – Section Physiotherapy
SWE – Stockholm
E-Mail: act@graciela.se

Katrin Schudel

M.Sc. Psychologin
Psychiatrie Baselland PBL
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen ZfA
Bientalstrasse 7
CH – 4410 Liestal
E-Mail: Katrin.schudel@pbl.ch

Ralf Steinkopff

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Psychotherapeutische Praxis
Moosdorfstr. 3
12435 Berlin
E-Mail: steinkopff@web.de

Michael Waadt
ACT-Therapeut
insas Institut für Arbeit und seelische
Gesundheit GmbH
Fäustlestr. 8
80339 München
www.insas-institut.de
E-Mail: waadt@insas-institut.de

Stefan Wagler
Diplom-Psychologe
Arndtstr. 30

10965 Berlin
E-Mail: stefan.wagler@mailbox.org

Dr. med. Maike Wolf
Fachärztin für Neurologie, Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie
MVZ Ärztehaus am KEH mit Epilepsiezen-
trum gGmbH
Herzbergstr. 79
10365 Berlin
E-Mail: M.Wolf@keh-berlin.de

Inhalt

Autorinnen und Autoren	5
Teil I – ACT – eine Verhaltenstherapie der dritten Welle für Kliniksettings adaptieren	
Einführung, Adaptierung und Implementierung von ACT im voll- oder teilstationären Kliniksetting	27
<i>Nina Romanczuk-Seiferth, Albert Diefenbacher und Ronald Burian</i>	
Literatur	29
1 ACT als eine Form prozessbasierter Therapie	30
<i>Steven C. Hayes und Stefan G. Hofmann</i>	
1.1 Prozessbasierte Therapie: Wie steht die ACT dazu?	30
1.2 Modelle der prozessbasierten Therapie.....	33
1.3 Die Zukunft der ACT als einer Form von PBT	35
1.4 Angenommen, PBT gehörte die Zukunft: Was würde das bedeuten?...	36
Literatur	37
2 ACT-Basics – was Klinik-Teams wissen sollten	38
<i>Marie Christine Dekoj und Mareile Rahming</i>	
2.1 ACT als therapeutisches Konzept einführen und die Grundlagen vermitteln – Einführung	38
2.2 Wie sind die wichtigsten Grundlagen der ACT in der Vermittlung an Teams in Kliniken und Tageskliniken?.....	40
2.2.1 Besonderheiten und Haltung in der ACT.....	40
2.2.2 Das Modell des »Hexaflex«	41
2.2.3 Kernprozesse und -kompetenzen in der ACT.....	43
2.3 Was ist das Wichtigste zur Vermittlung der Grundlagen der ACT in klinischen Teams? – Fazit und Ausblick.....	49
2.3.1 ACT und andere Therapieverfahren?	49
2.3.2 Einsatz der ACT auf verschiedenen Ebenen in der Klinik und der Station	50
Literatur	51

3	Implementierung von ACT als berufsgruppen-übergreifendes Therapiekonzept in klinischen Teams.....	52
	<i>Ronald Burian</i>	
3.1	ACT als therapeutisches Konzept im klinischen Setting implementieren – Einführung	52
3.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der Forschung	53
3.3	Wie sieht eine mögliche Implementierung aus? – Praktische Umsetzung	54
3.3.1	Planungsphase	54
3.3.2	Durchführung von Trainings und Schulungen	56
3.3.3	Phase der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung	57
3.4	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke	58
3.5	Was ist das Wichtigste für die Implementierung von ACT in klinischen Teams? – Fazit und Ausblick	59
	Literatur	59
4	Therapeutische InterACTION im Klinikalltag.....	61
	<i>Nina Romanczuk-Seifert und Ronald Burian</i>	
4.1	ACT als therapeutisches Konzept im klinischen Alltag in konkreten Interaktionen umsetzen – Einführung	61
4.2	InterACTION: Wie sieht die Gestaltung alltäglicher Situationen nach ACT in Klinik und Tagesklinik konkret aus? – Praktische Beispiele	62
4.2.1	Die (teil-)stationäre Aufnahme	62
4.2.2	Die (erste) Visite	64
4.2.3	Vorbehalte gegenüber bestimmten Angeboten und Therapien... ..	66
4.2.4	Die Mühen der weiten Ebene – Umgang mit Motivationstiefs... ..	68
4.2.5	Vorbereitung der Entlassung bzw. Entlassmanagement	71
4.2.6	Hinweise für weiterführende praktische Beispiele.....	73
4.3	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke	74
4.4	Was ist das Wichtigste für die InterACTION im klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick	75
	Literatur	75

Teil II – ACT im multiprofessionellen Klinikalltag

	Multiprofessionelle Arbeit mit der ACT im voll- oder teilstationären Setting einer psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilung – Überlegungen zum Kontext.....	79
	<i>Albert Diefenbacher, Ronald Burian und Nina Romanczuk-Seifert</i>	
	Literatur	81

5	Besonderheiten von ACT im voll- und teilstationären Rahmen.....	82
	<i>Charles Benoy, Barbara Annen und Patrick Jeger</i>	
5.1	Wozu die Arbeit mit ACT im stationären und teilstationären Rahmen? – Einführung	82
5.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung zur Anwendung von ACT in einem stationären und teilstationären Behandlungssetting	83
5.3	Wie sieht die Behandlung aus? – Besonderheiten der ACT im stationären und teilstationären Rahmen, klinische Beispiele und Übungen	84
5.4	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	89
5.5	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick... Literatur	94 94
6	ACT und ärztliches Handeln.....	96
	<i>Herbert Assaloni</i>	
6.1	Wozu das ärztliche Handeln mit ACT verbinden? – Einführung	96
6.2	Was wissen wir zur Evidenz eines an ACT orientierten ärztlichen Handelns? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung... ..	97
6.3	Wie sieht ein ACT-orientiertes ärztliches Handeln im klinischen Alltag aus? – Klinische Beispiele und Übungen	97
6.3.1	Subjektivierendes ärztliches Handeln.....	97
6.3.2	Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung – Patientinnen und Patienten mit einer ACT-Haltung begegnen	99
6.3.3	Umgang mit medikamentöser Behandlung aus ACT-Sicht	101
6.3.4	Psychische Flexibilität in der Arzt-Patient-Beziehung	102
6.3.5	ACT-Prozesse in der ärztlichen Haltung.....	103
6.3.6	Mit ACT auf die eigene Gesunderhaltung achten.....	105
6.4	Worauf ist bei der Anwendung von ACT im ärztlichen Handeln zu achten? – Fußangeln und Fallstricke	106
6.5	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick... Literatur	108 108
7	ACT als Fokus der Einzelpsychotherapie in der Klinik und Tagesklinik... ..	110
	<i>Claudia China und Ray Owen</i>	
7.1	Wozu die Arbeit mit ACT im Einzelsetting in Klinik und Tagesklinik? – Einführung.....	110
7.2	Was wissen wir zur Evidenz zur Wirksamkeit von ACT im Einzelsetting? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	111
7.3	Wie sieht die Behandlung mit ACT im Einzelsetting in Klinik und Tagesklinik aus? – Klinische Beispiele und Übungen	111
7.3.1	Arbeit im Einzelsetting.....	111
7.3.2	Das A und O: Die therapeutische Beziehung.....	112
7.3.3	Funktionelle Analyse (FA) im ACT-Kontext.....	112

7.3.4	Therapieplanung im Einzelsetting: Fokus auf Möglichkeiten werteorientierten Handelns	114
7.3.5	Achtsamkeit – immer dabei	116
7.3.6	Defusion – bei evaluativen Gedanken auch immer dabei	116
7.3.7	Akzeptanz und Bereitschaft	117
7.4	Worauf ist bei der Anwendung von ACT im Einzelsetting zu achten? – Fußangeln und Fallstricke	119
7.5	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick... Literatur	120
8	Gruppentherapien nach ACT gestalten	121
	<i>Mareike Samaan und Claudia Dambacher</i>	
8.1	Wozu die Arbeit mit ACT im Gruppensetting? – Einführung	121
8.1.1	Ziele dieses Kapitels	121
8.1.2	Strukturierung von ACT-Gruppensitzungen	122
8.1.3	Die therapeutische Haltung	122
8.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung zu ACT im Gruppensetting	122
8.3	Wie sieht die Behandlung nach ACT im Gruppensetting aus? – Klinische Beispiele und Übungen	123
8.3.1	Struktur der Gruppensitzungen	124
8.3.2	Erfahrungsorientierte Übungen im Gruppensetting	124
8.4	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke	130
8.5	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick... Literatur	130
9	ACTisch pflegen	132
	<i>Veronika Kuhweide und Andrea Flatow</i>	
	<i>Unter Mitarbeit von Nina Romanczuk-Seiferth und Elizabeth Zimmermann</i>	
9.1	Wozu die Arbeit mit ACT in der Pflege? – Einführung	132
9.1.1	Das Pflegefach und therapeutische Methoden	132
9.1.2	Das Pflegefach und ACT	132
9.2	Was wissen wir zur Evidenz hinsichtlich der Pflege nach der ACT? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	134
9.3	Wie sieht die Pflege mit ACT konkret aus? – Praktische Umsetzung und Erfahrungen	135
9.3.1	Umsetzung von ACT in der Pflege in einer voll- oder teilstationären Behandlung	135
9.3.2	Erfahrungen zur ACT in der Pflege	136
9.4	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke	140
9.5	Das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick	141
	Literatur	141

10	ACT ergo- und kunsttherapeutisch umsetzen.....	142
	<i>Mona Heinrich und Julia Kilian</i>	
10.1	Wozu die Arbeit mit ACT in der Ergo- und Kunsttherapie? – Einführung.....	142
10.1.1	Methoden der Ergotherapie und ACT.....	142
10.1.2	Methoden der Kunsttherapie und ACT.....	143
10.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung.....	144
10.2.1	Evidenz zur Arbeit nach ACT in der Ergotherapie.....	144
10.2.2	Evidenz zur Arbeit nach ACT in der Kunsttherapie.....	144
10.3	Wie sieht die Behandlung nach ACT in der Ergotherapie und Kunsttherapie aus? – Klinische Beispiele und Übungen.....	145
10.3.1	Arbeit mit ACT in der Ergotherapie.....	145
10.3.2	Arbeit mit ACT in der Kunsttherapie.....	149
10.4	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	155
10.4.1	Das weiße Blatt als Barriere oder »Ich konnte noch nie malen«...	155
10.4.2	Die Gruppenkonstellation.....	156
10.4.3	»Ergo-/Kunsttherapie – ist das die Bastelstunde?«.....	156
10.4.4	Der Kampf mit den eigenen Monstern oder der Weg zu mehr Flexibilität im Klinikalltag.....	156
10.5	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick... Literatur.....	157 158
11	Anwendung der ACT-Prinzipien in der Physiotherapie: Das ACTIVEPhysio-Modell.....	159
	<i>Graciela Rovner</i>	
11.1	Wozu die Anwendung der ACT-Prinzipien in der Physiotherapie – Einführung.....	159
11.1.1	Warum ist es für Physiotherapeutinnen und -therapeuten wichtig, verhaltenstherapeutische Prinzipien zu verstehen? Ein Fallbeispiel für chronische Schmerzen.....	160
11.1.2	Prozessbasierte Physiotherapie mit ACT.....	162
11.1.3	Was macht es hilfreich für Physiotherapeutinnen und -therapeuten nach ACT bzw. mit ACTIVEPhysio zu arbeiten?	164
11.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung.....	164
11.2.1	Die Herausforderungen.....	164
11.2.2	Physiotherapie und ACT.....	165
11.3	Wie sieht das Vorgehen nach der ACT und mit dem ACTIVEPhysio- Modell in der Physiotherapie aus – klinische Beispiele und Übungen...	166
11.3.1	Einschätzung der Schmerzakzeptanz-Muster (Navigationsstile) – eine patientenzentrierte zweistufige Bewertung.....	166
11.3.2	Die drei Säulen des ACT-Triflex-Modells.....	167
11.3.3	ACTIVEBODY: das physiotherapeutische Instrument zum Embodiment der drei Säulen des Triflex.....	168
11.3.4	Fallbeispiele aus der klinischen Praxis.....	169

11.4	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	177
11.5	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick... Literatur	178 178
12	ACT in der Tanz- und Bewegungstherapie.....	181
	<i>Cornelia Hörmann</i>	
12.1	Wozu die Arbeit mit ACT in der Tanz- und Bewegungstherapie? – Einführung.....	181
	12.1.1 Was ist Tanztherapie?.....	181
	12.1.2 Tanztherapie und ACT	182
12.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	184
12.3	Wie sieht die Behandlung aus? – Praktische Umsetzung.....	184
	12.3.1 Flexibilität.....	185
	12.3.2 Hier und Jetzt – Achtsamkeit.....	185
	12.3.3 Selbst-als-Kontext, Kognitive Defusion und Akzeptanz	186
	12.3.4 Werte	187
	12.3.5 Engagiertes Handeln.....	187
12.4	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	189
12.5	Das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick	190
	Literatur	191
13	Team- und Fallbesprechungen ACTisch gestalten.....	192
	<i>Katrin Schudel und Sari Multamäki</i>	
13.1	Wozu die Arbeit mit ACT in Team- und Fallbesprechungen? – Einführung.....	192
	13.1.1 Besonderheiten von Fall- und Teambesprechungen nach ACT... 13.1.2 Inhalte der Fall- bzw. Teambesprechung nach ACT	192 192
13.2	Wie sieht die Gestaltung von Team- und Fallbesprechungen mit der ACT aus? – Beispiele und Erfahrungsberichte.....	193
	13.2.1 Abteilung 1: Fallbesprechungen in multiprofessionellen Teams mittels der ACT- Matrix.....	194
	13.2.2 Abteilung 2: Fallbesprechung in multiprofessionellen Teams mit Hilfe des Hexaflex.....	199
13.3	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	202
13.4	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick... Literatur	203 203
14	Die Arbeit mit ACT in der Supervision von klinischen Teams	205
	<i>Nina Romanczuk-Seifert</i>	
14.1	Wozu die Arbeit mit ACT in der Supervision von klinischen Teams? – Einführung.....	205
14.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	206

14.3	Wie kann ACT zum Verständnis der Prozesse in der Supervision von klinischen Teams beitragen?	208
14.3.1	Die besonderen Herausforderungen des Einsatzes der ACT in der Supervision in klinischen Teams.....	208
14.3.2	Das Supervisionsmodell SHAPE	209
14.4	Wie sieht die Supervision von klinischen Teams mit ACT aus? – Praktische Hinweise und Übungen.....	210
14.4.1	Grundhaltungen und -fertigkeiten der Supervisorin oder des Supervisors in der Supervision nach der ACT.....	210
14.4.2	Die Supervision mit ACT-Perspektiven und -Kompetenzen anreichern	212
14.4.3	Anregungen zur Verwendung von ACT-Elementen und -Methoden in der Supervision	217
14.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	221
14.6	Was ist das Wichtigste für die supervisorische Praxis? – Fazit und Ausblick	222
	Literatur	223

Teil III – ACT mit verschiedenen Menschen und Zielgruppen im Kliniksetting

	ACT als transdiagnostischer Ansatz in der Anwendung auf spezifische Zielgruppen	227
	<i>Nina Romanczuk-Seiferth, Albert Diefenbacher und Ronald Burian</i>	
	Literatur	229
15	ACT bei Depressionen und Burnout	230
	<i>Susan Gruber und Michael Waadt</i>	
15.1	Wozu die Arbeit mit ACT bei Depressionen? – Einführung	230
15.2	Was wissen wir zur Evidenz? Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	231
15.3	Wie kann ACT zur Erklärung von Depressionen beitragen? – Ein prototypisches Störungsmodell bzw. Fallkonzept.....	232
15.4	Wie sieht die Behandlung aus? – Klinische Beispiele und Übungen....	236
15.4.1	Achtsamkeitsbasierte Prozesse: Akzeptanz, Defusion, Gegenwärtiger Moment und Selbst-als-Kontext.....	237
15.4.2	Prozesse für Verhaltensänderung: Werte und Engagiertes Handeln	241
15.4.3	Kreative Hoffnungslosigkeit als zentraler Prozess der Arbeit mit ACT bei Depressionen.....	244
15.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	244
15.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick... Literatur	245 246

16	ACT bei psychotischen Störungen	248
	<i>Kerem Böge, Emre Ergen und Eric Hahn</i>	
16.1	Wozu die Arbeit mit ACT bei psychotischen Störungen? – Einführung.....	248
16.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Studien zu achtsamkeitsbasierten Therapien und ACT für psychotische Störungen.....	249
16.3	Wie kann ACT zur Erklärung von psychotischen Störungen beitragen? – Theoretische Konzeptualisierung und ein Beispiel	250
16.4	Wie sieht die Behandlung bei psychotischen Störungen aus? – Entwicklung des manualisierten achtsamkeitsbasierten SENSE- Projekts	252
16.4.1	Lernen durch Erfahrungen und deren Austausch – der »Inquiry«-Prozess	253
16.4.2	Rahmenbedingungen und allgemeine Merkmale des Gruppenprogramms	254
16.4.3	Darstellung der einzelnen achtsamkeitsbezogenen Module des Gruppenprogramms	255
16.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	258
16.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick... Literatur	259
17	ACT bei Angst- und Zwangserkrankungen	263
	<i>Christine Brancato und Vanya Gocheva</i>	
17.1	Wozu die Arbeit mit ACT bei Angst- und Zwangserkrankungen? – Einführung.....	263
17.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	263
17.3	Wie kann ACT zur Erklärung von Angst- und Zwangsstörungen beitragen? – Fallkonzeptualisierung nach ACT anhand von Fallbeispielen.....	265
17.4	Wie sieht die Behandlung von Angst- und Zwangserkrankungen aus? – Klinische Beispiele, Behandlungsideen und Übungen im stationären und tagesstationären Setting.....	270
17.4.1	Kontrolle als Problem – Therapiemotivation fördern	270
17.4.2	Defusion erlernen.....	271
17.4.3	Die Perspektive des Beobachter-Ichs einnehmen	271
17.4.4	Raum schaffen durch Akzeptanz	272
17.4.5	Verbunden im Hier und Jetzt.....	272
17.4.6	In Kontakt mit Werten kommen.....	274
17.4.7	Schritte in Richtung wertorientiertes Leben.....	274
17.4.8	Weitere Therapiemaßnahmen	275
17.4.9	Praxisrelevante Literaturempfehlungen.....	276
17.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	276
17.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick... Literatur	277

18	ACT bei chronischen Schmerzen.....	279
	<i>Graciela Rovner</i>	
	<i>Übersetzung und Bearbeitung Ronald Burian</i>	
18.1	Wozu die Arbeit mit ACT bei chronischen Schmerzen? – Einführung...	279
18.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung zu ACT in der multiprofessionellen Behandlung chronischer Schmerzen.....	280
18.3	Wie kann ACT zur Erklärung von chronischen Schmerzen beitragen? – Erfassung und Kategorisierung chronischer Schmerzen am Beispiel des »ACTiveRehab«-Modells	281
18.3.1	Schmerzakzeptanz als Mechanismus innerhalb der Behandlung (Mediator) und als ein Indikator für die Bedürfnisse in der Behandlung (Moderator).....	281
18.3.2	Die Messung von Schmerzakzeptanz.....	282
18.3.3	»ACTiveAssessment«: Schmerzakzeptanz-Muster verwenden, um die individuelle Schmerzbewältigung sowie die Fähigkeit zu Verhaltensänderungen zu erfassen	282
18.4	Die Schmerzakzeptanz-Muster (Navigationsstile) und ihre Bedeutung für die Therapieplanung anhand klinischer Beispiele.....	286
18.4.1	Niedrige Schmerzbereitschaft und niedrige Aktivitätsbereitschaft (»Bedrohungs-Muster«)	287
18.4.2	Niedrige Aktivitätsbereitschaft und höhere Schmerzbereitschaft (»Ambivalenz-Muster«)	290
18.4.3	Hohe Aktivitätsbereitschaft und niedrige Schmerzbereitschaft (»Kampf-Muster«)	292
18.4.4	Hohe Aktivitätsbereitschaft und hohe Schmerzbereitschaft (»Sicherheits- und Wachstums-Muster«).....	294
18.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	296
18.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick... Literatur	296 297
19	ACT bei körperlichen Belastungsstörungen und Krankheitsängsten	299
	<i>Annegret Dreher und Inga-Marlen Pontow</i>	
19.1	Wozu die Arbeit mit ACT bei körperlichen Belastungsstörungen und Krankheitsängsten? – Einführung.....	299
19.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung zu ACT bei körperlichen Belastungsstörungen und Krankheitsängsten	300
19.3	Wie kann ACT zur Erklärung von körperlichen Belastungsstörungen und Krankheitsängsten beitragen? – Ein beispielhaftes Störungsmodell.....	302
19.4	Wie sieht die Behandlung mit ACT bei körperlichen Belastungsstörungen und Krankheitsängsten konkret aus? Klinische Beispiele und Übungen	304
19.4.1	Diagnostik und Zielklärung.....	304
19.4.2	Das Problem verstehen (individuelles Störungsmodell)	304

19.4.3	Typische therapeutische Arbeit nach ACT zu den sechs ACT-Kernprozessen.....	304
19.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	309
19.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag?.....	309
	Literatur	310
20	ACT bei Abhängigkeitserkrankungen	312
	<i>Klaus Ackermann und Nina Romanczuk-Seifert</i>	
20.1	Wozu die Arbeit mit ACT bei Abhängigkeitserkrankungen? – Einführung.....	312
20.1.1	Psychische Flexibilität und das gute Leben – ACT bei Abhängigkeitserkrankungen	312
20.1.2	Der besondere Nutzen von ACT in der stationären Rehabilitationsbehandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen	313
20.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Wirksamkeitsnachweise zu ACT bei Abhängigkeitserkrankungen	314
20.3	Wie kann ACT zur Erklärung von Abhängigkeitserkrankungen beitragen und wie sieht die Behandlung aus? – Das Modell der psychischen Flexibilität und Interventionsaspekte	315
20.3.1	Werteorientierung statt Konsum- bzw. Abstinenzorientierung ...	315
20.3.2	Engagiertes Handeln anstelle von Suchtverhalten, Rückzug und Untätigkeit	317
20.3.3	Belastendes Erleben akzeptieren statt Erlebensvermeidung durch Konsum	318
20.3.4	Von der Fusion mit suchtbezogenen sprachlich-symbolischen Inhalten zur Defusion.....	320
20.3.5	Facetten eines flexiblen Selbst anstelle von Selbstentfremdung...	321
20.3.6	Fähigkeit zur Gegenwartspräsenz anstelle von Zukunftsangst und Verstrickung in Vergangenes	324
20.4	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	325
20.5	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick... Literatur	326
21	ACT zur Veränderung von maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensmustern.....	329
	<i>Nina Romanczuk-Seifert und Ralf Steinkopff</i>	
21.1	Wozu die Arbeit mit ACT zur Veränderung von maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensmustern? – Einführung.....	329
21.1.1	ACT zur Veränderung von maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensmustern, geht das?	329
21.1.2	Einführung in die Funktional-Analytische Psychotherapie (FAP).....	330
21.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	333

21.2.1	Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung zur Arbeit mit ACT bei maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensmustern.....	333
21.2.2	Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung zur Wirkung der Funktional-Analytischen Psychotherapie (FAP)	334
21.3	Wie kann ACT bzw. FAP zur Erklärung von maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensmustern beitragen? – Einige Fallbeispiele	334
21.3.2	Was führt die Patientinnen und Patienten aus unserem Fallbeispiel in die Behandlung? – eine ACT-Perspektive.....	336
21.3.3	Was führt die Patientinnen und Patienten aus unserem Fallbeispiel in die Behandlung? – Ergänzungen aus der FAP-Perspektive	337
21.4	Wie sieht die Behandlung mit ACT bzw. FAP bei maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensmustern aus? – Umsetzung im Stationsalltag.....	338
21.4.1	Anwendung von ACT im stationären und teilstationären Setting	338
21.4.2	Anwendung von Funktional-Analytischer Psychotherapie (FAP) im stationären und teilstationären Setting	340
21.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	341
21.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick... Literatur	343
22	ACT in der Gerontopsychiatrie	345
	<i>Stefan Wagler und Nicole Bührs</i>	
22.1	Wozu die Arbeit mit ACT bei Älteren? – Einführung	345
22.1.1	Psychische Gesundheit im Alter	346
22.1.2	Der Mehrwert von ACT in der Behandlung Älterer.....	346
22.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	347
22.3	Wie kann ACT zur Erklärung und Behandlung von psychischen Erkrankungen im Alter beitragen? –Prototypische Fallkonzepte	348
22.3.1	Das SOK-Modell mit der ACT-Brille.....	351
22.4	Wie sieht die Behandlung aus? – Konkrete Empfehlungen und Übungen	354
22.4.1	Metaphern und Sprichwörter	354
22.4.2	Lebensrückblicksinterventionen im Kontext von ACT.....	354
22.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	356
22.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick... Literatur	357
23	ACT mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen	360
	<i>Alexander Brümmerhoff und Nina Romanczuk-Seiferth</i>	
23.1	Wozu die Arbeit mit ACT bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen? – Einführung.....	360

23.1.1	Der Umgang mit unangenehmen Gedanken und Gefühlen	360
23.1.2	Eignung der Arbeit mit ACT bezogen auf das Alter der Kinder und Jugendlichen sowie das Behandlungssetting einer Klinik...	361
23.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	363
23.3	Wie kann ACT zur Erklärung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beitragen? – Beispiel externalisierende Verhaltensstörungen.....	364
23.4	Wie sieht die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ACT im klinischen Rahmen aus? – Klinische Beispiele und Übungen	366
23.4.1	Die Einbindung des gesamten Behandlungsteams im stationären und teilstationären Rahmen.....	366
23.4.2	Beispielhafte gruppentherapeutische Übung zur Vermittlung ACT-spezifischer Kernprozesse bei Kindern und Jugendlichen...	367
23.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	369
23.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag? – Fazit und Ausblick... Literatur	370 370
24	ACT im psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliardienst bei Menschen mit körperlichen Erkrankungen.....	372
	<i>Maike Wolf und Albert Diefenbacher</i>	
24.1	Wozu die Arbeit mit ACT im Konsiliardienst? – Einführung.....	372
24.1.1	Was ist Konsiliar- Liaison-Psychiatrie?.....	372
24.1.2	Die psychische Verarbeitung körperlicher Erkrankungen	373
24.1.3	Körperliche Krankheit und psychische Komorbidität.....	373
24.2	Was wissen wir zur Evidenz? – Empirische Daten und Stand der klinischen Forschung	374
24.2.1	Psychotherapie im Allgemeinen im Konsiliar-Liaison-Dienst	374
24.2.2	ACT im Konsiliar-Liaison-Dienst.....	374
24.3	Wie kann ACT zur Arbeit im Konsiliardienst beitragen? – Alltägliche konsiliarpsychiatrische Fälle aus der Praxis.....	375
24.4	Wie sieht die Anwendung von ACT im Konsiliar-Liaison-Dienst aus? – Perspektiven aus der Praxis und Fallbeispiele.....	379
24.5	Worauf ist zu achten? – Fußangeln und Fallstricke.....	381
24.6	Was ist das Wichtigste für den klinischen Alltag – Fazit und Ausblick... Literatur	382 382

Onlinematerialien

Die Zusatzmaterialien¹ können Sie unter folgendem Link herunterladen:

<https://dl.kohlhammer.de/978-3-17-035641-2>

¹ Wichtiger urheberrechtlicher Hinweis: Alle zusätzlichen Materialien, die im Download-Bereich zur Verfügung gestellt werden, sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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, 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, 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.