

# Inhalt

<b>Autorinnen und Autoren .....</b>	<b>5</b>
<b>Teil I – ACT – eine Verhaltenstherapie der dritten Welle für Kliniksettings adaptieren</b>	
<b>Einführung, Adaptierung und Implementierung von ACT im voll- oder teilstationären Kliniksetting .....</b>	<b>27</b>
<i>Nina Romanczuk-Seiferth, Albert Diefenbacher und Ronald Burian</i>	
Literatur .....	29
<b>1    ACT als eine Form prozessbasierter Therapie .....</b>	<b>30</b>
<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
<b>2    ACT-Basics – was Klinik-Teams wissen sollten.....</b>	<b>38</b>
<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

<b>3</b>	<b>Implementierung von ACT als berufsgruppen-übergreifendes Therapiekonzept in klinischen Teams.....</b>	<b>52</b>
	<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
<b>4</b>	<b>Therapeutische InterACTion im Klinikalltag.....</b>	<b>61</b>
	<i>Nina Romanczuk-Seiferth 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**

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

<b>5</b>	<b>Besonderheiten von ACT im voll- und teilstationären Rahmen.....</b>	<b>82</b>
	<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
<b>6</b>	<b>ACT und ärztliches Handeln.....</b>	<b>96</b>
	<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
<b>7</b>	<b>ACT als Fokus der Einzelpsychotherapie in der Klinik und Tagesklinik...</b>	<b>110</b>
	<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 .....	120 120
<b>8</b>	<b>Gruppentherapien nach ACT gestalten .....</b>	<b>121</b>
	<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 .....	130 131
<b>9</b>	<b>ACTisch pflegen.....</b>	<b>132</b>
	<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

<b>10</b>	<b>ACT ergo- und kunsttherapeutisch umsetzen.....</b>	<b>142</b>
	<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
<b>11</b>	<b>Anwendung der ACT-Prinzipien in der Physiotherapie: Das ACTIVEPhysio-Modell .....</b>	<b>159</b>
	<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
<b>12</b>	<b>ACT in der Tanz- und Bewegungstherapie.....</b> <i>Cornelia Hörmann</i>	<b>181</b>
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
<b>13</b>	<b>Team- und Fallbesprechungen ACTisch gestalten.....</b> <i>Katrin Schudel und Sari Multamäki</i>	<b>192</b>
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
<b>14</b>	<b>Die Arbeit mit ACT in der Supervision von klinischen Teams .....</b> <i>Nina Romanczuk-Seifert</i>	<b>205</b>
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**

<b>ACT als transdiagnostischer Ansatz in der Anwendung auf spezifische Zielgruppen .....</b>		<b>227</b>
<i>Nina Romanczuk-Seifert, Albert Diefenbacher und Ronald Burian</i>		
	Literatur .....	229
<b>15</b>	<b>ACT bei Depressionen und Burnout .....</b>	<b>230</b>
<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

<b>16</b>	<b>ACT bei psychotischen Störungen</b> .....	<b>248</b>
	<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
<b>17</b>	<b>ACT bei Angst- und Zwangserkrankungen</b> .....	<b>263</b>
	<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



<b>18</b>	<b>ACT bei chronischen Schmerzen.....</b>	<b>279</b>
	<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 .....	297
<b>19</b>	<b>ACT bei körperlichen Belastungsstörungen und Krankheitsängsten .....</b>	<b>299</b>
	<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
<b>20</b>	<b>ACT bei Abhängigkeitserkrankungen .....</b>	<b>312</b>
	<i>Klaus Ackermann und Nina Romanczuk-Seiferth</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
<b>21</b>	<b>ACT zur Veränderung von maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensmustern.....</b>	<b>329</b>
	<i>Nina Romanczuk-Seiferth 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
<b>22</b>	<b>ACT in der Gerontopsychiatrie.....</b>	<b>345</b>
	<i>Stefan Wagler und Nicole Bührsch</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
<b>23</b>	<b>ACT mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen .....</b>	<b>360</b>
	<i>Alexander Brümmerhoff und Nina Romanczuk-Seifert</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

<b>24</b>	<b>ACT im psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliardienst bei Menschen mit körperlichen Erkrankungen.....</b>	<b>372</b>
	<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