

Dambacher • Samaan

2. Auflage

# Akzeptanz- und Commitmenttherapie in der Gruppe



Online-Material auf  
[psychotherapie.tools](https://psychotherapie.tools)

**BELTZ**

Dipl.-Psych. Claudia Dambacher  
Psychologische Psychotherapeutin (VT)  
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH  
Herzbergstraße 79  
10365 Berlin  
E-Mail: C.Dambacher@keh-berlin.de

M.Sc. Psych. Mareike Samaan (ehem. Pleger)  
Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH  
Herzbergstraße 79  
10365 Berlin  
E-Mail: M.Samaan@keh-berlin.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-29194-1 Print  
ISBN 978-3-621-29195-8 (PDF)

2. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa  
Coverbild: getty images/BingoPixel

Herstellung und Satz: Victoria Larson  
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Geleitwort	11
Danksagung	13
Vorwort	15
<b>I Grundlagen</b>	17
1 ACT und die Dritte Welle	19
2 Das ACT-Modell	23
3 Therapieforschung und Indikation	37
<b>II Behandlungsmanual</b>	45
4 Aufbau des Behandlungsmanuals	47
5 Struktur der Behandlung	49
6 Rahmenbedingungen	53
7 Modul 1: Gegenwärtigkeit – Achtsamkeit	57
8 Modul 2: Flexibles Ich – Selbst als Kontext	67
9 Modul 3: Abstand zu Gedanken – Defusion	85
10 Modul 4: Annehmen von Gefühlen – Akzeptanz	105
11 Modul 5: Was ist mir wichtig – Werte	121
12 Modul 6: Ziele umsetzen – Engagiertes Handeln	137
<b>Anhang</b>	155
Literatur	156
Hinweise zum Online-Material	158
Sachwortverzeichnis	159

# Inhalt

<b>Geleitwort</b>	11
<b>Danksagung</b>	13
<b>Vorwort</b>	15

## I Grundlagen 17

<b>1 ACT und die Dritte Welle</b>	19
<b>2 Das ACT-Modell</b>	23
2.1 Vermeidend und verschmolzen: das ACT-Störungsmodell	24
2.2 Engagiert und offen: Das ACT-Behandlungsmodell	27
<b>3 Therapieforschung und Indikation</b>	37
3.1 Stand der Forschung	37
3.2 Für wen ist ACT geeignet?	39
3.3 ACT und KVT	40
3.4 Warum ein ACT-Behandlungsmanual?	42
3.5 Die Therapeutische Haltung in ACT	43

## II Behandlungsmanual 45

<b>4 Aufbau des Behandlungsmanuals</b>	47
<b>5 Struktur der Behandlung</b>	49
<b>6 Rahmenbedingungen</b>	53
<b>7 Modul 1: Gegenwärtigkeit – Achtsamkeit</b>	57
7.1 Möglichkeiten der theoretischen Vermittlung	57
7.2 Sammlung erlebnisorientierter Übungen	59
7.3 Therapeutische Hausaufgaben	62
7.4 Mögliche Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge	63
7.5 Benötigte Materialien/Arbeitsblätter	64

<b>8</b>	<b>Modul 2: Flexibles Ich – Selbst als Kontext</b>	67
8.1	Möglichkeiten der theoretischen Vermittlung	68
8.1.1	Mein Selbstkonzept und mein Handeln	68
8.1.2	Beobachterselbst und Selbstmitgefühl	70
8.2	Sammlung erlebnisorientierter Übungen	72
8.3	Therapeutische Hausaufgaben	78
8.4	Mögliche Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge	80
8.5	Benötigte Materialien/Arbeitsblätter	81
<b>9</b>	<b>Modul 3: Abstand zu Gedanken – Defusion</b>	85
9.1	Möglichkeiten der theoretischen Vermittlung	85
9.1.1	Die Funktion des Verstandes	85
9.1.2	Abstand von Gedanken	86
9.2	Sammlung erlebnisorientierter Übungen	87
9.3	Therapeutische Hausaufgaben	94
9.4	Mögliche Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge	96
9.5	Benötigte Materialien/Arbeitsblätter	98
<b>10</b>	<b>Modul 4: Annehmen von Gefühlen – Akzeptanz</b>	105
10.1	Möglichkeiten der theoretischen Vermittlung	105
10.1.1	Kreative Hoffnungslosigkeit	105
10.1.2	Der Gefühlsball	108
10.2	Sammlung erlebnisorientierter Übungen	110
10.3	Therapeutische Hausaufgaben	115
10.4	Mögliche Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge	116
10.5	Benötigte Materialien und Arbeitsblätter	118
<b>11</b>	<b>Modul 5: Was ist mir wichtig – Werte</b>	121
11.1	Möglichkeiten der theoretischen Vermittlung	122
11.1.1	Die Leuchtturmmetapher	123
11.1.2	Werte-Leitfragen	124
11.2	Sammlung erlebnisorientierter Übungen	125
11.3	Therapeutische Hausaufgaben	129
11.4	Mögliche Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge	131
11.5	Benötigte Materialien/Arbeitsblätter	132

<b>12</b>	<b>Modul 6: Ziele umsetzen – Engagiertes Handeln</b>	137
12.1	Möglichkeiten der theoretischen Vermittlung	137
12.1.1	Kein Weg ohne Barrieren	137
12.1.2	Versuchen vs. Tun	140
12.1.3	Von »aber« zu »und«	140
12.2	Sammlung erlebnisorientierter Übungen	141
12.3	Therapeutische Hausaufgaben	149
12.4	Mögliche Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge	150
12.5	Benötigte Materialien / Arbeitsblätter	151

<b>Anhang</b>	155
---------------	-----

<b>Literatur</b>	156
------------------	-----

<b>Hinweise zum Online-Material</b>	158
-------------------------------------	-----

<b>Sachwortverzeichnis</b>	159
----------------------------	-----

# Geleitwort

Psychotherapie, verstanden als geplanter Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen, ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung.

Es liegen einige Psychotherapie-Manuale vor, die gut im ambulanten Setting eingesetzt werden können. Für die Behandlung im teil- und insbesondere vollstationären Setting ist dies eher nicht der Fall und aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der psychotherapeutischen Gruppen mit unterschiedlichen Schweregraden und diagnostischen Zuordnungen auch schwierig. Es ist daher naheliegend, dass ACT, als sog. transdiagnostisches Verfahren, für die Entwicklung eines störungsübergreifenden gruppenpsychotherapeutischen Manuals von Interesse ist.

Die Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge gGmbH beschäftigt sich im klinischen Alltag seit mehreren Jahren mit der Implementierung von ACT auf den eigenen Stationen, aber auch supervisorisch für andere klinische Einrichtungen in Berlin. Aus dieser praktischen, theoretischen und wissenschaftlichen Beschäftigung sind einige Publikationen entstanden, welche die Einsatzmöglichkeiten und Effekte von ACT in unterschiedlichen Zusammenhängen untersucht haben.

Claudia Dambacher und Mareike Samaan verfügen über eine langjährige klinische Erfahrung und haben sich mit ACT nicht nur im klinisch-praktischen, sondern auch wissenschaftlichen Kontext intensiv beschäftigt. Beide sind aktive Mitglieder der Association of Contextual and Behavioral Science (ACBS). Als Leiter der Abteilung freuen wir uns, dass es Frau Dambacher und Frau Samaan gelungen ist, mit diesem gruppenpsychotherapeutischen Manual das erste deutschsprachige strukturierte und störungsübergreifende psychotherapeutische Manual zu ACT vorzulegen.

Wir hoffen, dass in den kommenden Jahren die zunehmende Implementierung solcher Verfahren im klinischen Alltag dazu beitragen wird, bei Patientinnen und Patienten dysfunktionale Überzeugungen hinsichtlich der vorliegenden Verhaltensstörungen und daraus sich entwickelnden Vermeidungsverhaltens abzubauen.

In diesem Sinne wünsche ich den beiden Autorinnen und ihrem Manual eine möglichst große Verbreitung und viel Erfolg.

Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher MBA

## Danksagung

Wir möchten uns bei einer Reihe von Menschen bedanken, ohne die die Erstellung des Behandlungsmanuals nicht möglich gewesen wäre. Zunächst möchten wir uns bei Dr. Christoph Schade, Dr. Ronald Burian und Prof. Andrew Gloster bedanken, die uns an die Akzeptanz- und Commitmenttherapie herangeführt haben. Des Weiteren bedanken wir uns bei Prof. Diefenbacher, der sowohl unsere klinische Arbeit als auch die Forschungsprojekte und ganz besonders dieses Buchprojekt mit seiner Expertise maßgeblich unterstützt hat. Auch möchten wir uns bei der ACBS-Community bedanken, die uns über die Jahre nicht nur unheimlich viele Anregungen zu ACT-Behandlungsansätzen gegeben haben, sondern die stets für Fragen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus gilt ein ganz besonderer Dank an alle Teammitglieder der »Station P09«, die sowohl unsere wissenschaftliche, als auch praktische Tätigkeit, unterstützt haben. Insbesondere möchten wir uns bei unserer Ergotherapeutin Mona Heinrich bedanken, die uns mit ihrer Kreativität inspiriert hat.



## Vorwort

Die Anwendung von Gruppentherapien hat sowohl im stationären sowie teilstationären, aber auch im ambulanten Setting einige Vorteile. Neben dem ökonomischen Aspekt der Behandlung mehrerer Teilnehmender gleichzeitig, können Gruppentherapien eine hilfreiche Interaktionsfläche bieten, die therapeutisch genutzt werden kann. Teilnehmende von Gruppentherapien können sich zum einen mit Menschen austauschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben und die möglicherweise unter vergleichbaren Beschwerden und Problemen leiden. Auf der anderen Seite kann die Gruppe gezielt für das Ausprobieren neuer Verhaltensweisen genutzt werden, die es den Teilnehmenden ermöglichen, flexibler zu handeln. Hierfür gibt es inzwischen zahlreiche evaluierte Gruppentherapiemanuale, die überwiegend auf die Behandlung einer spezifischen Störung ausgerichtet sind. In der Praxis, insbesondere in Kliniken, ist es jedoch so, dass die Störungsbilder der Teilnehmenden einer Gruppentherapie vielseitig sein können. Das kann neben unterschiedlichen Hauptdiagnosen auch den Schweregrad sowie das Vorhandensein verschiedener komorbider psychischer und körperlicher Erkrankungen betreffen. Des Weiteren können unterschiedliche Problemkonstellationen vorherrschen. Man braucht deshalb ein Gruppentherapiemanual, das diese unterschiedlichen Facetten und Herausforderungen einer Therapiegruppe im klinischen Bereich berücksichtigen und nutzbringend mit ihnen arbeiten kann. Ein Verfahren, das sich bei den genannten Anforderungen gut eignet, ist die Akzeptanz- und Commitmenttherapie.

Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) wurde entwickelt, um die Lebensqualität unabhängig vom Vorhandensein psychischer Erkrankungen zu steigern (Harris, 2006) und wird damit immer häufiger in der Praxis und insbesondere auch im Rahmen von Gruppenbehandlungen sowie Coachings eingesetzt.

ACT ist eines jener Verfahren, welches der sog. Dritten Welle der Verhaltenstherapie zugeordnet wird. ACT leitet sich aus der traditionellen Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ab, basiert jedoch auf achtsamkeitsfokussierten Methoden, die sich in vielen Verfahren der Dritten Welle wiederfinden. Einerseits soll durch ACT eine Veränderung in Richtung einer annehmenden Haltung zu eigenen Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen erreicht werden (Akzeptanz). Andererseits soll die eigene Handlungsfähigkeit gefördert werden, die sich an dem orientiert, was einem im Leben wichtig ist (Commitment). Diese zwei Prozesse zusammengenommen führen zum Hauptziel von ACT: psychischer Flexibilität.

Für die Anwendung von ACT im Einzelsetting gibt es bisher einige störungsspezifische Behandlungsmanuale (Eifert & Gloster, 2016); für den Einsatz von ACT in störungsübergreifenden Gruppen liegt bisher lediglich ein Manual in englischer Sprache vor (Westrup & Wright, 2017). Das vorliegende Behandlungsmanual soll als eine Handlungsanweisung dienen, wie einzelne Sitzungen im Rahmen von störungsübergreifenden Gruppentherapien nach ACT gestaltet werden können. Dabei finden sich

Strukturen und Übungen, die sich im Rahmen unserer klinischen Arbeit als sinnvoll erwiesen haben. Zudem beruht dieses Manual auf einem Behandlungsleitfaden, der Basis einer wissenschaftlichen Untersuchung von ACT im Vergleich zur KVT im stationären Gruppensetting gewesen ist.

In diesem Behandlungsmanual ist von der Gruppenleitung sowie von Teilnehmenden – in der genannten grammatikalischen Form – die Rede. Teilweise wird auch von Therapeut/Therapeuten und Patient/Patienten gesprochen. Dies dient der einfacheren Lesbarkeit. Dabei sind selbstredend männliche, weibliche und diverse Personen mitgemeint.

Berlin, Februar 2020

*Claudia Dambacher  
Mareike Samaan*

# I Grundlagen

- 1 ACT und die Dritte Welle
- 2 Das ACT-Modell
- 3 Therapieforschung und Indikation

# 1 ACT und die Dritte Welle

ACT gehört zur Familie der Verhaltenstherapie (VT). Bei der Entstehung und Weiterentwicklung der VT spricht man von den sog. »drei Wellen«. Die Erste Welle wird auch als behaviorale Phase beschrieben und konzentriert sich auf den Einfluss der Umwelt auf das Individuum und sein Verhalten (Sonntag, 2005). Die Zweite Welle, aus der die traditionelle kognitive Verhaltenstherapie (KVT) entsprungen ist, zielt darauf ab, kognitive Strukturen zu verändern, um das Verhalten zu ändern (Sonntag, 2005). Die Dritte Welle der VT, zu der neben der Akzeptanz- und Commitmenttherapie u. a. auch die Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al., 2002) oder die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993) gehören, erweitert die ersten beiden Behandlungsansätze um die Themen Achtsamkeit und Akzeptanz (Heidenreich et al., 2007), wobei Achtsamkeit in der Regel eine Schlüsselkomponente darstellt. Um den ACT-Ansatz richtig in die Verhaltenstherapie einordnen zu können und die Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede, zu den Vorgängern der Dritten Welle aufzuzeigen, möchten wir im Folgenden auf die einzelnen Wellen der VT genauer eingehen.

**Erste Welle der VT.** Die Erste Welle der VT grenzte sich als erster therapeutischer Ansatz von den zuvor dominanten psychodynamischen Verfahren ab. Die behaviorale Therapie verstand sich als Naturwissenschaft und baute die Behandlungsansätze auf Lerntheorien, insbesondere klassische und operante Konditionierung, auf (Hayes, 2004). Dabei lag der Schwerpunkt der Therapie zunächst rein auf der Veränderung von Verhalten; es stellte sich jedoch heraus, dass ebenso der Einfluss von Bewertungen eine Rolle für psychische Prozesse spielt (Heidenreich & Michalak, 2013).

**Zweite Welle der VT.** Die sog. »kognitive Wende«, die sich um 1970 etablierte, fokussierte nun neben Verhaltensänderungen auch auf das Aufdecken und Hinterfragen dysfunktionaler kognitiver Schemata (Sonntag, 2005). Dabei wurde die Verhaltenzebene primär dafür genutzt, bestehende automatische Gedanken oder festgefahrene Grundannahmen durch Erfahrung zu verändern. Nicht zuletzt durch die zahlreichen Wirksamkeitsnachweise für unterschiedliche psychische Störungen ist die kognitive Verhaltenstherapie inzwischen die Methode der Wahl in Deutschland (Margraf, 2018).

**Dritte Welle der VT.** In den 1990er-Jahren entwickelten sich neue Behandlungsformen, die traditionelle kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze mit denen der psychodynamischen Verfahren kombinierten (Sonntag, 2005). Diese Veränderung ergab sich aus der nicht ausreichenden Response einiger Patientengruppen auf die bisherigen Therapieansätze (Heidenreich & Michalak, 2013). Gemeinsam haben diese neueren Ansätze die Fokussierung auf das Leben im Moment, die Offenheit und Akzeptanz gegenüber Gefühlen sowie eine kontextuelle und experimentelle Herangehensweise (Heidenreich et al., 2007). Wie oben erwähnt, wird die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) zu dieser Welle der Verhaltenstherapie gezählt.

## Die Theorie hinter ACT

Die Grundannahme von ACT basiert darauf, dass alles Leid Ergebnis der menschlichen Sprache ist (Hayes et al., 2012). Dabei ist mit »Sprache« nicht nur das Sprechen an sich gemeint, sondern bezieht sich auf jeglichen Ausdruck, der in der Form von Schrift, Gestik, Mimik oder Bildern auftreten kann (Hayes et al., 2012). Aus ACT-Sicht ergibt sich Psychopathologie aus einer kontingenten Interaktion aus Sprache und Kognitionen, die dazu führt, dass das Verhalten sich nicht mehr daran ausrichtet, was einer Person eigentlich wichtig ist im Leben (Hayes et al., 2006). Stattdessen etabliert sich eine Verschmelzung mit dem Inhalt von Gedanken, sog. kognitiver Fusion, die in Vermeidungsverhalten resultiert (Hayes & Strosahl, 2004). Kognitive Fusion meint, dass der Gedanke eines Menschen so eng mit seinem Inhalt verbunden ist, dass er als »real« wahrgenommen wird und nicht als reines Produkt seines Verstandes (Eifert, 2011). So bezieht sich die kognitive Fusion »auf eine übermäßige oder unsachgemäße Regulierung des Verhaltens durch verbale Prozesse, wie Regeln und abgeleitete relationale Netzwerke« (Hayes et al., 2006, S. 6). Wenn zeitliche und evaluative Beziehungen an interne Ereignisse gebunden sind, beginnen Menschen, Ereignisse vorherzusagen, zu fürchten und zu vermeiden (Fletcher & Hayes, 2005). Auf diese Weise fördert eine schwache oder wenig hilfreiche kontextuelle Kontrolle über Sprachprozesse die psychologische Inflexibilität (Hayes et al., 2006). ACT versteht sich somit als ein funktionaler kontextualistischer Ansatz und basiert auf der Bezugsrahmentheorie (Relational Frame Theory, RFT; Hayes et al. 2001). Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über beide Theorien gegeben, um ein Basisverständnis für das ACT-Modell zu gewinnen.

**ACT – eine Therapie im Kontext.** Die kontextuelle Verhaltenswissenschaft versteht sich als »ein naturalistischer, induktiver Ansatz zur Systembildung in der Verhaltenswissenschaft, der die Evolution historisch und situativ eingebetteten Handelns betont und diese über die Ebene der Analyse hinaus in die Wissensentwicklung selbst ausdehnt« (Hayes et al., 2012, S. 418). Entscheidend dabei ist das Konzept von Handlung-im-Kontext (Hayes et al., 2012). Handlung ist hierbei mit Verhalten gleichgesetzt, welches sich nicht nur auf beobachtbares Verhalten bezieht, sondern auch z. B. auf kognitive Prozesse. Relevant ist nicht die Handlung an sich, sondern in welchem Kontext und mit welcher Absicht (Funktion) die Handlung geschieht. Mit Kontext sind im weitesten Sinne situative Umstände gemeint, die zu verschiedenen Verhaltensformen führen.

**ACT und die Bezugsrahmentheorie (RFT).** Kurz zusammengefasst handelt es sich bei der RFT um eine psychologische Theorie, die u. a. von Steven Hayes entwickelt wurde und sich mit der Interaktion von Sprache und Kognition befasst. Dabei bildet die philosophische Basis der RFT der oben beschriebene funktionale kontextualistische Ansatz. Etwas spezifischer beschreibt die RFT die Entstehung von kontextuellen Netzwerken aufgrund von Zusammenhängen von Kognition und Sprache. Laut der RFT muss man bspw. nie einer Schlange begegnet sein, um eine Schlangenphobie zu entwickeln. Die sprachliche Verknüpfung, dass Schlangen gefährlich sind, und der Bezugsrahmen, dass Schlangen sich oft in Wäldern aufhalten, reichen aus, dass Wälder aufgrund der Angst vor Schlangen vermieden werden (Blackledge, 2003). Die Bildung von Bezugsrahmen ist in den meisten Fällen hilfreich, kann jedoch auch dazu führen, dass Verhaltens-

weisen unflexibel werden und korrigierende Erfahrungen – z. B. dass man auch durch einen Wald laufen kann, ohne von einer Schlange attackiert zu werden – ausbleiben. Dies ist laut der RFT der Ursprung von Psychopathologie.

## 2 Das ACT-Modell

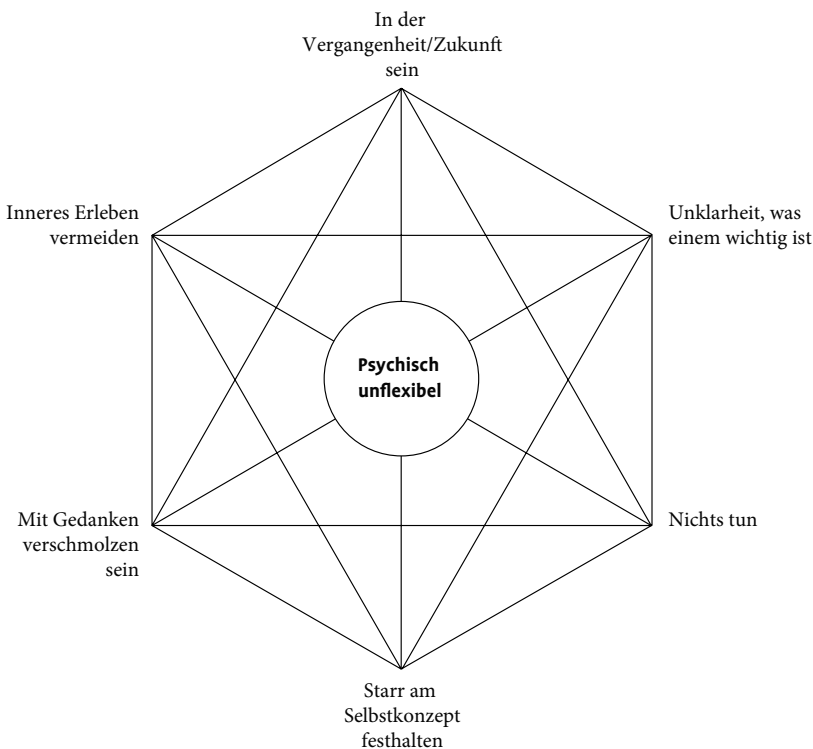
Die durch die RFT beschriebene Interaktion zwischen Kognition und Sprache liefert einige Vorteile: Dinge sind vorhersagbar, gewisse Prozesse laufen automatisiert ab, Entscheidungen können schnell getroffen werden, ohne dass groß darüber nachgedacht werden muss. Wie in dem erwähnten Schlangen-Beispiel kann es durchaus sinnvoll sein, gewisse Situationen zu meiden, ohne bisher eine eigene (negative) Erfahrung mit ihr gemacht zu haben. Wenn die Mutter zu ihrem Kind sagt: »Du darfst nicht mit Fremden mitgehen, das ist gefährlich!«, kann dies bei dem Kind Unwohlsein, vielleicht auch Angst auslösen. Durch die emotionale Verknüpfung wird das Kind dazu angehalten sein, auf seine Mutter zu hören. Es kann sogar auch passieren, dass das Kind dann ängstlich reagieren wird, wenn es von einem Fremden angesprochen wird, unabhängig davon, ob der Fremde dem Kind schaden möchte oder nicht. Soweit erst einmal eine hilfreiche Schutzfunktion unseres Organismus. Schwierig wird es jedoch dann, wenn sich weitere »Netzwerke« bilden, die zur Generalisierung der Vorsicht führen und möglicherweise allein der Gedanke, auf eine fremde Person treffen zu können, Angst auslöst. Angst ist dabei ein sehr effektives Alarmsignal unseres Organismus, welches uns zu Kampf-, Flucht- oder Erstarrung befähigt. Bezogen auf das obige Beispiel könnte diese Angst beim Gedanken daran, irgendwo möglicherweise auf einen Fremden zu treffen, dazu führen, dass Situationen, in denen man potenziell auf einen Fremden treffen könnte, vermieden werden. Vermeidung ist dabei die simpelste und schnellste Möglichkeit, aversive Gefühle kurzfristig loszuwerden. Das Problem an Vermeidung besteht jedoch darin, dass durch die Wegnahme des aversiven Reizes, in diesem Fall Angst, sofort eine Verstärkung des gezeigten Verhaltens, der Vermeidung, geschieht. Somit lernt der Organismus schnell, beim nächsten Gedanken daran, auf einen Fremden treffen zu können, wieder die Situation zu vermeiden. Was kurzfristig sehr effektiv ist, führt langfristig jedoch dazu, dass sich die Angst verstärkt und das eigene Verhalten unflexibel wird. Möglicherweise ist man nicht mehr in der Lage, das zu tun, was einem früher einmal Freude bereitet hat, da der Verstand uns ständig warnt und man unbedingt das Auftreten dieses unangenehmen Gefühls der Angst verhindern möchte. Aufbauend auf diesen lerntheoretischen Konstrukten ist das ACT-Störungsmodell entstanden, welches jeden einzelnen Prozess, der zu psychischer Inflexibilität führt, aufgreift. Um von psychischer Inflexibilität zu psychischer Flexibilität zu kommen, wurde in ACT ein Pendant zum Störungsmodell entwickelt: Das sog. Hexaflex-Modell. Im Folgenden werden beide Modelle dargestellt und genauer beschrieben.

## 2.1 Vermeidend und verschmolzen: das ACT-Störungsmodell

Wie oben bereits angedeutet, liegt der Ursprung psychischen Leidens nach ACT in der Verschmelzung mit dysfunktionalen Kognitionen, der Vermeidung von inneren Erlebnisprozessen und daraus resultierenden starren Verhaltensweisen. Das kann dazu führen, dass Menschen psychisch unflexibel werden, also bspw. ihr Handeln nur noch an dem ausrichten, was ihr Verstand ihnen sagt (z. B. »Du wirst dich vor allen blamieren!«) oder wovon ihr inneres Erleben sie abhält (z. B. Gefühle wie Angst und Scham), anstatt das zu tun, was ihnen wichtig ist im Leben (z. B. am sozialen Leben teilhaben). Diese Prozesse können in sechs störungsrelevante Bereiche aufgeteilt werden:

- ▶ In der Vergangenheit/Zukunft sein
- ▶ Unklarheit, was einem wichtig ist
- ▶ Nichts tun
- ▶ Starr am Selbstkonzept festhalten
- ▶ Mit Gedanken verschmolzen sein
- ▶ Inneres Erleben vermeiden

Angeordnet in einem Hexagon, in dem jeder dieser Prozesse miteinander verbunden ist, ergibt sich das ACT-Störungsmodell (Abb. 2.1).



**Abbildung 2.1** ACT Störungsmodell, angelehnt an Eifert (2011).



**In der Vergangenheit/Zukunft sein.** Menschen sind dazu in der Lage, sich an Vergangenes zu erinnern, die Dinge, die geschehen sind, zu reflektieren sowie in die Zukunft zu denken, diese zu planen und sich anstehende Szenarien auszumalen. Dies ist eine hilfreiche Fähigkeit unseres Organismus, um mögliche Fehler aus der Vergangenheit nicht zu wiederholen und die Zukunft nicht dem Zufall zu überlassen, sondern diese zu gestalten. Ein Problem entsteht dann, wenn Menschen sich überwiegend mit der Vergangenheit oder der Zukunft auseinandersetzen und dies in einem Maß, welches nicht mehr hilfreich ist, wie z. B. sich immer wieder die Fragen zu stellen »Was wäre gewesen, wenn ...?« oder »Wie wird es sein, wenn ...?«. Dabei muss Zukünftiges und Vergangenes nicht unbedingt mehrere Jahre entfernt sein. Teilweise beschäftigen uns Gespräche, die gerade stattgefunden haben, noch bis durch die Nacht. Oder Aufgaben, die noch am selben Tag zu erledigen sind, werden bereits morgens beim Zähneputzen gedanklich durchgespielt. Dies macht es unmöglich, für die Dinge präsent zu sein, die im aktuellen Moment passieren. Allerdings bringt das nicht nur Nachteile. Bestimmte Automatismen können dabei helfen, den Alltag effizient zu gestalten und wichtige Dinge, die anstehen, im Blick zu behalten. Schwierig wird es nur dann, wenn kein einziger Moment für die Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt liegt, sondern der Fokus auf den Fehlern der Vergangenheit liegt, all den Sorgen und Ängsten, die die Zukunft betreffen und man auf aktuelle Ereignisse nur noch reagiert, ohne genau zu wissen, warum man dies eigentlich tut.

**Starr am Selbstkonzept festhalten.** Es gibt unterschiedliche Marker, an denen wir festmachen können, wer wir eigentlich sind. Diese definieren sich darüber, wie wir aufgewachsen sind, welche Erfahrungen wir in der Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter gemacht haben, wie wir typischerweise in bestimmten Situationen reagieren, welche Rolle wir gerade innehaben und wie wir von anderen Leuten gesehen werden. Eine Idee davon zu haben, wer man ist, kann Stabilität geben. Es kann aber auch passieren, dass der Glaube darüber, wer man ist oder wer man sein sollte, dazu führt, nicht mehr unabhängig von diesen Kategorisierungen handeln zu können.

- ▶ »Eine gute Mutter ist immer für ihre Kinder da und stellt eigene Bedürfnisse zurück.«
- ▶ »Ein guter Arbeitnehmer macht Überstunden, ohne sich zu beschweren.«
- ▶ »Ein guter Sohn ruft täglich seine Mutter an, auch wenn er dafür gerade keine Zeit hat.«
- ▶ »Jemand, der schüchtern ist, hält sich besser zurück.«
- ▶ »Jemand, der extravertiert ist, muss immer gute Laune haben.«

Derartige rigide Vorstellungen können belastend sein und Menschen daran hindern, Dinge zu tun, die eigentlich wichtig für sie sind.

**Mit Gedanken verschmolzen sein.** Der Verstand ist ein ständiger Begleiter und vielseitiges Wesen. Es werden durch ihn Kategorien gebildet, Entscheidungen getroffen, er generiert Ideen und Vorschläge und bewertet die Umwelt und den Denkenden selbst. Der Verstand ist dabei jedoch nicht neutral; er ist geprägt durch Erfahrungen, Gefühle und durch das, was andere sagen. Das bedeutet, dass der Weg, der vom Verstand vor-