

AKZEPTANZ- UND COMMITMENT-THERAPIE MIT THERAPIERESISTENTEN STÖRUNGEN IM STATIONÄREN SETTING: EINE BEOBACHTUNGSSTUDIE

Charles Benoy^{1,2}, Andrea Meyer³, Barbara Knitter², Katrin Pinhard¹, Marc Walter¹, Klaus Bader¹, Andrew Gloster²

¹ Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

² Universität Basel, Fakultät für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Interventionswissenschaft, Schweiz

³ Universität Basel, Fakultät für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Epidemiologie, Schweiz

Korrespondenz:
Andrew T. Gloster
Universität Basel
Fakultät für Psychologie
Abteilung Clinical Psychology and Intervention Science
Missionsstrasse 62A
CH-4055 Basel, Schweiz
Email: andrew.gloster@unibas.ch

Schlüsselwörter

Akzeptanz- und Commitment-Therapie; störungsübergreifend; therapieresistent; stationär

Zusammenfassung

Hintergrund: Trotz einer hohen Bedeutung im Versorgungsalltag weist die Studienlage Forschungslücken bzgl. stationärer psychotherapeutischer Behandlungen, therapieresistenter und komorbider Störungsbilder sowie transdiagnostischer Verfahren auf. Die Akzeptanz und Commitment-Therapie (ACT), als verbreitetes störungsübergreifendes Verfahren, wurde zudem meist an störungsspezifischen Stichproben untersucht. **Studienziele:** Erstens soll die Wirksamkeit einer stationären störungsübergreifenden ACT-basierten Behandlung in erwähnten Stichproben untersucht werden. Zweiten sollen der Verlauf sowie drittens der mögliche Effekt spezifischer ACT-Fertigkeiten analysiert werden. **Methode:** Die stationäre Behandlung von 47 Patienten wurde im Rahmen einer explorativen Beobachtungsstudie mittels wöchentlicher Verlaufsmessungen sowie umfassender Prä-Post-Vergleiche untersucht. Die Stichprobe ist transdiagnostisch und zeichnet sich durch hohe Komorbiditätsraten sowie schwere und therapieresistente Störungen aus. **Ergebnisse:** Die Effektstärken allgemeiner Symptomreduktion, der Zunahme psychischer Flexibilität sowie weiterer ACT-spezifischer Fertigkeiten sind moderat bis hoch. Die Verlaufsmessungen weisen auf lineare Verbesserungen sowie hohe Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdrating hin. **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse zeigen positive Effekte der ACT im stationären Setting bei therapieresistenten und transdiagnostischen Patientengruppen mit einem hohen Anteil komorbider Störungen. Es konnte zudem unseres Wissens erstmalig bestätigt werden, dass Behandlungseffekte der ACT unabhängig vom primären Fokus auf einer ACT-Fertigkeit sind.

Abstract:

Background: Despite the high relevance in clinical routine, current research is lacking studies investigating transdiagnostic treatment approaches for treatment resistant patients with comorbid mental health diagnosis in inpatient therapy settings. Although Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is well known for its transdiagnostic approach, it is mainly researched with disorder specific populations. **Aim of the study:** First, the effectiveness of an ACT- based inpatient setting for a transdiagnostic, treatment resistant population with high comorbidity was investigated. Second, analyzing the progress of and third, the possible effect of specific ACT processes. **Methods:** The inpatient treatment of 47 patients was assessed during an exploratory observational study, using weekly process measurements and extensive

pre and post comparison. The population is composed of various psychological disorders with a high comorbidity and suffering from severe symptomatology and showing treatment resistance. **Results:** The effect sizes of reduction in overall symptomatology, increase of psychological flexibility and other specific ACT related processes are moderate to high. The process measures indicating linear improvements and high conformity of self-report and clinical assessment. **Conclusions:** The results demonstrate positive effects of ACT therapy in an inpatient setting for treatment resistant and transdiagnostic patients with high comorbidity rates. Moreover, this study is one of the first ones to indicate treatment progress of ACT is independent of a primary focus on one of the ACT processes.

Hintergrund

Die Akzeptanz und Commitment-Therapie (ACT) gehört zu den meist erforschten und angewendeten Verfahren der dritten Welle Weiterentwicklungen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) [Forman et al., 2007] und wird in der Literatur als mindestens gleich wirksam wie etablierte Verfahren eingestuft [Dimidjian et al., 2016]. Das übergeordnete Ziel der ACT ist es, die psychologische Flexibilität (PF) zu fördern. Diese wird definiert als “die Fähigkeit, als bewusster Mensch in umfassender Weise zum gegenwärtigen Augenblick in Kontakt zu treten, und das Verhalten, jeweils der konkreten Situation entsprechend, entweder beizubehalten oder zu verändern, um als wertvoll eingeschätzte Ziele zu erreichen” [Luoma et al., 2009, S.39]. Zur Förderung der PF zielen ACT-Interventionen auf die Veränderung sechs psychischer Fertigkeiten ab, welche im ACT Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischem Leiden eine wesentliche Rolle spielen (Achtsamkeit, Akzeptanz, kognitive Defusion, Werte, engagiertes Handeln und Selbst-als-Kontext) [vgl. Hayes et al., 2012; Benoy et al., 2015]. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass PF einen protektiven Effekt bzgl. Gesundheitsvariablen hat [Gloster, Meyer und Lieb, 2017] sowie dass eine Erhöhung werteorientierten und engagierten Verhaltens einer Abnahme psychischen Leidens vorausgeht [Gloster, Klotsche, et al., 2017].

ACT wurde bisher in über 200 *Randomized Controlled-Trials*-Studien (RCT) an verschiedenen Patientengruppen (Depressionen, Angst-, Zwangs-, Schmerz-, somatoformen- und Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie, u.a.) und nicht-klinischen Populationen (z.B. Arbeitskontext) auf seine Wirksamkeit und klinische Relevanz untersucht [ACBS, 2018], wobei diese im Vergleich unterschiedlichster Kontrollbedingungen als nachgewiesen angesehen wird [Dimidjian et al., 2016]. Die in Metaanalysen ermittelten Effektstärkenunterschiede im Vergleich zu anderen etablierten Verfahren (z.B. KVT) variieren jedoch. Während einige Metaanalysen die ACT bevorzugt ansehen [Hayes et al., 2006; Ruiz, 2012], konnten anderen keine signifikanten Unterschiede feststellen [Powers et al., 2009; Öst, 2014; A-Tjak et al., 2015].

Im Kontrast zur störungsspezifischen RCT-basierten Forschung ist der Versorgungsalltag oft von einer Vielzahl komorbiden Störungsbildern geprägt. Hier erweisen sich die verbreiteten störungsspezifischen Therapieansätze oftmals als nicht ausreichend [Craske, 2012] und werden der Individualität der Patienten ggf. nicht gerecht [Linden, 2018]. So werden beispielsweise Prozess-basierte Therapieansätze vermehrt diskutiert [Hayes et al., 2018]. Übersichtsarbeiten weisen nämlich auf allgemeine und übergeordnete Faktoren hin, denen eine wichtige Rolle bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von

unterschiedlichsten Psychopathologien zugesprochen wird [vgl. Chawla und Ostafin, 2007; Hayes et al., 2006], und somit den Weg für ein störungsübergreifendes Vorgehen ebnet. Vergleichbar zum ätiologischen Krankheitsverständnis der ACT basieren transdiagnostische Verfahren nämlich auf der Annahme, dass bei allen psychischen Erkrankungen ähnliche Prozesse beteiligt sind, diese sich jedoch in unterschiedlichen Psychopathologien abbilden. Dieser Ansicht folgend sind transdiagnostische Verfahren wieder vermehrt in den Fokus der Forschung vorgezogen [Roy-Byrne, 2017]. Sie scheinen mit hoher Klienten-Zufriedenheit, einer guten therapeutischen Allianz, einer guten Gruppenkohäsion sowie positiven Therapieerwartungen einherzugehen [McEvoy et al., 2009]. Auch innerhalb der klassischeren KVT wurden neuere transdiagnostische Verfahren entwickelt [Clark, 2009], welche gleich wirksam wie die diagnosespezifischen Herangehensweisen zu sein scheinen [vgl. Reinholt und Krogh, 2014; Norton et al., 2008; Barlow et al., 2017]. Vorteile seien dabei vor allem die breiten und somit effizienteren Anwendungsmöglichkeiten [vgl. Barlow et al., 2017; Wilamowska, et al., 2010]. Der Bereich störungsübergreifender verhaltenstherapeutischer Verfahren scheint jedoch noch Forschungsbedarf aufzuweisen. Vergleichsweise zur Studienlage transdiagnostischer KVT, basiert der größte Teil der ACT-Studien auf diagnosespezifischen Stichproben. Die vereinzelt transdiagnostischen ACT-Studien scheinen meist das Potenzial der Transdiagnostizität nicht auszuschöpfen und untersuchten beispielsweise lediglich Stichproben bestehend aus gemischten Angststörungen [Arch et al., 2012], verwandten Erkrankungen (z.B. Angststörungen und Depressionen) [Forman et al., 2007; Fledderus et al., 2012] oder untersuchten spezifische Subpopulationen wie beispielsweise Militärveteranen [Lang et al., 2012]. Vereinzelt Studien mit breiteren störungsübergreifenden Patientengruppen mit therapieresistenten Störungen weisen auf vielversprechende Effekte hin [Clarke et al., 2014], wobei weitere Studien in repräsentativeren störungsübergreifenden Stichproben weiterhin erforderlich seien [Lang et al., 2012].

Schätzungsweise profitieren 25 bis 50 Prozent aller Patienten nicht in ausreichendem Masse von etablierten Behandlungsmethoden [Gloster et al., 2015], wobei Therapieresistenz im psychiatrischen Kontexte entweder darüber definiert, dass Patienten bereits mindestens eine leitlinienkonforme psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhalten haben [Gloster et al., 2015] oder dass sie entweder mehrere Episoden einer Störung erlebten oder an einer chronischen Erkrankung (mindestens ein Jahr) leiden [Clarke et al., 2014]. In diesen Fällen scheinen sich akzeptanz- und werteorientierte Therapiestrategien, wie sie in ACT verfolgt werden, als geeignete Option anzubieten und

neuere wissenschaftliche Untersuchungen unterstreichen die Vorteile solcher nicht primär auf Symptomreduktion ausgelegter Vorgehen [Clarke et al., 2012; Clarke et al., 2014; Gloster et al., 2015]. Diese Patienten werden zudem in vielen Fällen im stationären Rahmen behandelt. Die Anwendbarkeit und Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren in stationären Settings, insbesondere der ACT, ist bis heute jedoch wenig untersucht. Vereinzelt konnten tiefere Rehospitalisierungsraten bei ACT-basierten Interventionen im stationären Setting im Vergleich zur *Treatment-As-Usual*-Bedingung (TAU) feststellen [Gaudio und Herbert, 2006]. Ebenso wurden schnellere Erfolge nach ACT-Interventionen bei unfreiwillig im stationären Rahmen untergebrachten Patienten mit Suchterkrankungen im Vergleich zur TAU-Bedingung nachgewiesen [Petersen und Zettle, 2009]. Wenngleich erste Ergebnisse vielversprechend erscheinen, wird der Bedarf an weiteren Untersuchungen stationärer Behandlungen hervorgehoben [Gaudio und Herbert, 2006].

Studienziele und Hypothesen

Diese Beobachtungsstudie ist eine explorative Untersuchung einer stationären ACT-Behandlung, wodurch wichtige Forschungslücken (ACT in transdiagnostischen Stichproben und bei therapieresistenten Störungen sowie im stationären Setting inkl. Verläufe stationärer Behandlungen) aufgegriffen werden.

Das erste Studienziel ist es, den positiven Effekt der ACT in einer störungsübergreifenden und therapieresistenten Stichprobe im stationären Setting zu bestätigen. Als erste Hypothese postulierten wir folglich eine signifikante Abnahme der Hauptvariablen *allgemeine Symptomatik* bzw. Verbesserung der *PF* nach Behandlung. Als Unterhypothese postulierten wir zudem signifikante Verbesserungen der *mental* *Gesundheit*, des *Lebenssinns*, der *Achtsamkeit* und der *Emotionsregulationsschwierigkeiten*.

Die zweite Hypothese bezieht sich auf wöchentliche Verlaufsmessungen der *PF* (Fremd- und Selbsteinschätzung). Der Schwerpunkt der transdiagnostischen Therapie lag auf einer laufenden Gruppentherapie zur Vermittlung der ACT-Fertigkeiten. Da dies keine diagnosespezifischen Interventionen sind, sondern Patienten gemeinsam in der kontinuierlichen Förderung der benannten Fertigkeiten unterstützt werden, erwarteten wir über alle Patienten eine lineare Zunahme der *PF* über den gesamten Behandlungsverlauf. Im ACT-Model bezieht sich *PF* auf konkretes Verhalten in spezifischen Situationen. Da dies durch Drittpersonen beobachtbar sein sollte, erwarteten wir über alle Patienten vergleichbare Verläufe zwischen Selbst- und zweier Fremdeinschätzungen.

Unsere dritte Hypothese bezieht sich den spezifischen Effekt der unterschiedlichen ACT-Fertigkeiten, welche vorwiegend in der offenen und laufenden Gruppentherapie Anwendung fanden. Anlehnend an das ACT-Modell sollte der therapeutische Prozess mit jeder der sechs Fertigkeiten begonnen werden können. Erste Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, dass Outcome-Unterschiede je nach therapeutischem Fokus zu erwarten sind [Villatte et al., 2016]. Daran anlehnend sagten wir in der dritten Hypothese Gruppenunterschiede der Symptomreduktion in Abhängigkeit der spezifischen ACT-Fertigkeit, mit welchen Patienten in die laufende Gruppentherapie einstiegen, voraus (Akzeptanz, kognitive Defusion, Selbst-als-Kontext, Werte und engagiertes Handeln). Aufgrund mangelnder vorheriger Studienergebnisse kann jedoch keine Aussage darübergemacht werden, bei welcher Gruppe größere Symptomregredienzen zu erwarten sind.

Methode

Behandlungssetting

Das stationäre Behandlungssetting wurde durch diese Beobachtungsstudie nicht verändert. Erhoben wurden Daten von Juli 2015 bis April 2016. Alle Patienten erhielten das gleiche Behandlungsregime. Aufgenommen werden Patienten, bei denen ambulante Behandlungsversuche nicht ausreichten und eine Indikation für eine intensive psychotherapeutische Behandlung besteht [vgl. Benoy und Schumann, 2015]. Alle Patienten traten elektiv und freiwillig ein und präsentierten sich eigeninitiativ oder nach Zuweisung. Die Behandlungsdauer wurde individuell in Abhängigkeit von internen (Funktionsniveau, Symptomatik) und externen Faktoren (Nachbehandlung, Wohnsituation) festgelegt und ist auf eine maximale Dauer von 12 Wochen limitiert.

Studiendesign und Stichprobe

Die therapeutische Vorgehensweise wurde durch das Studiendesign nicht verändert und die Behandlungseffekte in einem 1-Gruppen Prä-Post Design untersucht. Das Design sah aus ethischen- und Versorgungsgründen keine Kontrollgruppe vor. Patienten und Behandler waren über Studienhypothesen oder –Ziele nicht informiert.

Sofern sie die Einschlusskriterien erfüllten, wurden alle aufgenommenen Patienten in die Studie eingeschlossen.

Einschlusskriterien waren ein Mindestalter von 18 Jahren sowie eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie. Diese wurde dem Patienten im Aufnahmegespräch im Rahmen der Studienaufklärung vorgelegt.

Ausschlusskriterien: Akute Suizidalität einhergehend mit einer notwendigen Verlegung, sowie krankheits- und nicht-krankheitsbezogene Faktoren, welche eine valide Teilnahme an den fragebogenbasierten Untersuchungen nicht möglich machten, führten zum Ausschluss aus der vorliegenden Studie.

Variablen und Instrumente

Hauptvariablen. Hauptvariablen waren die generelle Symptomatik und infolge des ACT-bezuges die PF. Um die Symptomatik in der diagnoseübergreifenden Stichprobe möglichst umfassend erfassen zu können, nutzen wir die Brief-Symptom-Checklist (BSCL) [Franke, 2015]. Diese erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch 53 körperliche und psychische Symptome anhand eines Zeitfensters von 7 Tagen und ist vor allem für Messwiederholungen geeignet [Franke, 2015]. Sie umfasst neben einem Globalwert ebenfalls neun Subskalen: Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. Die PF als Kernkonzept der ACT wurde mit der deutschen Version des AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire II) [Bond et al., 2011], dem Fragebogen zu Akzeptanz und Handeln II (FAH-II) [Hoyer et al., 2013] erfasst.

Diagnostik. Die klinische Symptomatik wurde anhand des SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) [Wittchen et al., 1997] diagnostisch eingeordnet.

Nebenvariablen. Zur Erfassung der Achtsamkeit nutzen wir den *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) [Baer et al., 2008], welcher in Subskalen fünf Facetten der Achtsamkeit erhebt: Beobachten, Beschreiben, achtsames Handeln, Nicht-bewerten innerer Erlebnisse und nicht-reagieren gegenüber innere Erlebnisse. Die kognitive Fusion wurde mit dem *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ) [Gillanders et al., 2014] erhoben. Mit dem *Affective Style Questionnaire* (ASQ) [Graser et al., 2012] wurden Emotionsregulationsstile erhoben, wobei dieser zwischen den Stilen Unterdrücken von Emotionen, Anpassen von Emotionen und Akzeptanz von Emotionen differenziert. Anhand der *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) [Gratz und Roemer, 2004] wurde erfasst, in welchem Ausmass Emotionen den Alltag der Teilnehmer beeinflusst, wobei in sechs Subskalen zwischen Nicht-Akzeptanz von emotionalen Reaktionen, Problemen an zielorientiertem Verhalten festzuhalten, Schwierigkeit Impulse zu kontrollieren, fehlendem emotionalem Bewusstsein, fehlenden emotionsregulatorischen Strategien und fehlender emotionaler Klarheit unterschieden wird. Die positive mentale Gesundheit wurde anhand des *Mental Health Continuum* (MHC-SF) [Lamers et al., 2011] erhoben, welcher die Subskalen

von emotionalem, psychologischem und sozialem Wohlbefinden unterscheidet. Des Weiteren wurde die Variable Lebenssinn mit dem *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) [Steger et al., 2006] erhoben, welche zusätzlich in zwei Subskalen zwischen der Präsenz und der Suche nach Lebenssinn unterscheidet.

Verlaufsmessung. Verlaufsänderungen der PF über den gesamten Verlauf wurden wöchentlich mit dem *Psyflex* [Firsching et al., 2018] gemessen. Dieser besteht aus 6 Items (5 Punkt Likert-Skala) welche jeweils einem der sechs ACT-Fertigkeiten zugeordnet sind. Hohe Werte des Summenwertes deuten auf eine stärkere psychologische Inflexibilität hin. Für den Einsatz des *Psyflex* als Verlaufsmessungsinstrument sprechen gute psychometrische Kennwerte, eine höhere Veränderungssensitivität im Vergleich zu anderen PF-Fragebogen sowie die Verfügbarkeit einer Selbst- und einer Fremdeinschätzungsversion [Firsching et al., 2018; Benoy et al., in Vorbereitung].

Ablauf

Bei allen Teilnehmern wurden in den ersten Tagen nach Eintritt sowie an den letzten Tagen vor Austritt die jeweilige Prä- oder Post-Fragebogenuntersuchung durchgeführt. Die Verlaufsmessungen fanden wöchentlich statt. Zusätzlich zur Selbsteinschätzung der Patienten füllten die fallführenden Therapeuten und pflegerischen Bezugspersonen wöchentlich die Fremdeinschätzungsversion des *Psyflex* aus. Die Zuteilung an die jeweiligen Einzeltherapeuten wurde vor Eintritt der Patienten festgelegt und war randomisiert. Die Teilnahme (oder Ablehnung) an der Studie hatte keinen Einfluss auf den Ablauf der Behandlung.

Behandlung

Hauptbestandteil der integrierten stationären ACT-Behandlung ist die Gruppentherapie. Während des gesamten Aufenthaltes nehmen alle Patienten vier Mal wöchentlich an störungsübergreifenden ACT-Gruppentherapien statt. In dieser werden die spezifischen ACT-Fertigkeiten anhand von Metaphern, erlebnisbasierten Übungen und der Besprechung von erlebten oder zukünftigen Situationen sowie Beispielen gefördert. Dabei sind die sechs ACT-Prozesse in vier Themenblöcke (Akzeptanz, kognitive Defusion, Selbst-als-Kontext, Werte und engagiertes Handeln) aufgeteilt wobei das Thema wöchentlich wechselt. Der Prozess Achtsamkeit wird in jeder Gruppe anhand einer Übung zur Eröffnung der Gruppentherapie angewendet und ist zudem Gegenstand einer zusätzlichen wöchentlich stattfindenden Gruppe. Die Gruppentherapie ist laufend und offen, sodass jeder Patient

umgehend nach Eintritt integriert wird, unabhängig von aktuellen Wochenthema oder Zusammensetzung der Gruppe. Die jeweilige ACT-Fertigkeit, mit dem Patienten eine Behandlung beginnen ist somit zufällig und wurde lediglich durch die Versuchsleiter dokumentiert.

Zusätzlich zu den beschriebenen Gruppentherapien erhielt jeder Patient zwei wöchentliche Einzeltherapien à 45 Minuten. Diese waren ebenfalls ACT-basiert, wobei in diesen die Themen der Gruppentherapie mit dem einzelnen Patienten vertieft, und auf die eigene Situation bezogen besprochen wurden. Es wurden lediglich ACT-Interventionen angewendet und supervisorisch vor- und nachbesprochen. Das gesamte therapeutische Personal war in ACT geschult, wobei jede Fachperson an mindestens zwei ACT-Workshops über jeweils zwei Tage von zertifizierten ACT-Trainern teilnahm. Die Einzel- und Gruppentherapien wurden von ausgebildeten psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt. Die gesamte Behandlung wurde regelmäßig hinsichtlich der ACT-Integrität von externen ACT-Supervisoren begleitet.

Das Behandlungssetting umfasste zudem folgende weitere therapeutische Bausteine, welche an das ACT-Model angepasst wurden: Alltagsbegleitung durch eine Bezugspflege mit einem wöchentlichen Gespräch, Sportangebote im Gruppensetting (1x/Woche), Basic-Body-Awareness-Gruppentherapie (1x/Woche) [vgl. Catalan-Matamoros et al., 2011], Meditationsgruppe (1x/Woche), Singtherapiegruppe (1x/Woche) sowie einmal wöchentliches gemeinsames Kochen.

Im Sinne einer Beobachtungsstudie wurde keinen Einfluss durch das Studiendesign auf das Behandlungssetting genommen, weswegen mögliche begleitete pharmakologische Behandlungen nicht kontrolliert werden konnten. Dieses fanden weiterhin unabhängig statt, wurden hingegen sorgfältig durch die Studienleitung dokumentiert.

Patientenrekrutierung

Der Teilnehmerverlauf ist dem Consort-Statement in Darstellung 1 zu entnehmen. Während des Rekrutierungszeitraumes traten insgesamt 83 Patienten auf die Abteilung ein. 16 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien nicht und 15 Patienten wurden ausgeschlossen. Patienten, die infolge ihrer aktuellen Psychopathologie nicht in der Lage waren Fragenbögen auszufüllen, zählen als krankheitsbedingte Ausschlüsse. Dies beinhaltet beispielsweise aktuelle psychotische oder manische Episoden, massiv eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit (z.B. im Rahmen einer schweren depressiven Episode) oder fehlende Entscheidungsfähigkeit oder die Unfähigkeit zu Schreiben im Rahmen einer ausgeprägten

Zwangsstörung. Ausschlüsse aufgrund akuter Suizidalität entstanden infolge notwendiger Verlegungen auf klinikinterne Akutabteilungen.

Von den insgesamt 60 eingeschlossenen Patienten brachen 6 Patienten die Behandlung eigeninitiativ, kurzfristig und entgegen der klinischen Indikation ab (nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 18.5 Tage). In diesen Fällen war es kurzfristig nicht möglich, die notwendige Austrittsdiagnostik durchzuführen, sodass keine Post-Daten erhoben werden konnten. Zudem kann aufgrund der Kürze der Behandlung nicht davon ausgegangen werden, dass diese Patienten die geplante Behandlung erhalten haben. 7 Fälle mussten infolge unvollständiger Daten bei der Datenanalyse ausgeschlossen werden. Dies beinhaltet beispielsweise Fälle in denen die Mehrzahl an Items nicht ausgefüllt wurden, diese augenscheinlich nicht valide ausgefüllt waren, oder aufgrund kurzfristiger Ein- und Austritte die studienbezogene Fragebogendiagnostik nicht rechtzeitig erhoben wurde. In einigen wenigen Fällen waren die zurückerhaltenen Fragebogensets der Patienten nicht vollständig ausgefüllt, weshalb die Anzahl an eingeschlossenen Fragebögen leicht variiert.

Statistische Analysen und Datenauswertung

Alle statistischen Untersuchungen wurden mit SPSS Version 25® berechnet. Die Prä-Post Unterschiede der ersten Hypothese wurden mittels abhängiger t-Tests untersucht. Die Effektstärken sowie deren Einordnung wurde mittels Cohen's *d* Werten errechnet.

Die Verlaufsveränderungen der zweiten Hypothese wurden deskriptiv ausgewertet und graphisch aufgearbeitet wobei zwischen drei Quellen unterschieden wird.

Mögliche Effekte des primären therapeutischen Fokus einer ACT-Fertigkeit (in Abhängigkeit des Eintrittszeitpunktes) wurde mittels einfaktorieller Varianzanalyse untersucht.

Ergebnisse

Stichprobe

Die finale Stichprobe beinhaltet $n=47$ Patienten. Eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe ist der Tabelle 1 zu entnehmen. In Anbetracht der Heterogenität der Erstdiagnosen kann die Transdiagnostizität der Stichprobe unterstrichen werden, wobei diese 12 unterschiedliche Diagnosebereiche umfasst. 63.8 Prozent aller Teilnehmer leiden zudem unter mindestens einer komorbiden Störung, wobei bei 12.8 Prozent aller Patienten nach Durchführung eines SKID-II Interviews zusätzlich eine komorbide Persönlichkeitsstörung

diagnostiziert wurde. Nur ein Teilnehmer (2.1 Prozent) hatte bei Aufnahme noch keine psychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlung erhalten. Hingegen 53.2 Prozent aller Patienten gaben an, zuvor bereits mindestens einmal stationär psychiatrisch behandelt worden zu sein. Demnach kann die vorliegende Stichprobe durchaus als therapieresistent eingeordnet werden. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer in der vorliegenden Studie betrug 66.3 Tage (s.d. 22.7).

Hypothese 1: Prä-Post Veränderungen

Alle Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs sind der Tabelle 2 und die entsprechenden Effektstärken der Darstellung 2 zu entnehmen. Es konnten signifikante Veränderungen mit moderaten bis hohen Effektstärken in beiden Hauptvariablen (Abnahme generelle Symptomatik, *BSCL*, sowie Zunahme PF, *AAQ-II*) festgestellt werden.

Gleichmaßen wurden erwartungsgemäß signifikante Verbesserungen der Variablen mentale Gesundheit (*MHC*), Fähigkeiten der Emotionsregulation (*DEERS*), kognitiven Fusion (*CFQ*) und Achtsamkeit (*FFMQ*) gefunden. Die Werte der Variablen Lebenssinn (*MLQ*) und Emotionsregulationsstil (*ASQ*) veränderten sich jedoch nicht signifikant zwischen Aus- und Eintritt. Die Effektstärken der Variablen mentale Gesundheit, Fähigkeiten der Emotionsregulation, kognitive Defusion und Achtsamkeit sind als moderat bis hoch einzuordnen.

Hypothese 2: Verlaufsänderungen

Die Verläufe der psychischen Flexibilität aller drei Rating-quellen sind der Darstellung 3 zu entnehmen. Sie wurden zur vereinfachten Darstellung umkodiert. Die Verbesserung der Psychischen Flexibilität nimmt über den gesamten Verlauf linear zu. In der Selbsteinschätzung wird die PF über den gesamten Verlauf hinweg als höher eingeschätzt im Vergleich zu beiden Fremdeinschätzungsquellen. Die unabhängig voneinander erhobenen wöchentlichen Fremdeinschätzungen durch zwei unterschiedliche Berufsgruppen zeigen einen ähnlichen Verlauf. Da nur wenige Behandlungsverläufe länger als 9 Wochen dauerten, wurde der zeitliche Verlauf der Graphik auf diesen Zeitraum begrenzt. Der Verlauf der vereinzelt längeren Behandlungen unterscheidet sich in den letzten Messzeitpunkten nicht.

Hypothese 3: spezifische Effekte der ACT-Fertigkeiten

Die laufend in die offene Gruppe integrierten Patienten begannen die Behandlung mit unterschiedlichen Gruppenthemen und ACT-Fertigkeiten. 19 Patienten (40.4 %) stiegen beim

Gruppenthema *Akzeptanz* ein, 13 Patienten (27.7 %) starteten mit *Werte und engagiertes Handeln*, 9 Teilnehmer (19.1 %) mit *kognitiver Defusion* und die die restlichen 6 Teilnehmer (12.8%) begannen mit der Fertigkeit *Selbst-als-Kontext*. Es sind Unterschiede bezüglich der durchschnittlichen Symptomreduktion zwischen den Gruppen *Akzeptanz* ($M=32,47$), *Werte und engagiertes Handeln* ($M=37,77$), *kognitive Defusion* ($M=23,33$) und *Selbst-als-Kontext* ($M=27,33$) zu berichten. Entgegen unserer Erwartung sind die Gruppenunterschiede jedoch nicht statistisch signifikant ($F(3, 43)=.417, p=.742$).

Weiteres Ergebnis

Um einen möglichen Effekt medikamentöser Behandlungen einschätzen zu können, wurde die unabhängig von der Studie durchgeführte pharmakologische Behandlung sorgfältig dokumentiert. Dabei kann zwischen zwei Gruppen unterschieden werden: bei $n=19$ Patienten wurden keine Änderung vorgenommen, wobei in $n=28$ Fällen Änderungen der pharmakologischen Behandlung während der Behandlung zu verzeichnen waren. Die erste Gruppe beinhaltet sowohl Patienten ohne jegliche medikamentöse Begleitbehandlung ($n=7$) als auch Patienten bei denen die Medikation über den gesamten Verlauf der Behandlung unverändert blieb ($n=12$). Die zweite Gruppe umfasst alle Patienten mit medikamentösen Veränderungen, also sowohl Umstellungen ($n=23$; Änderung Präparat, Dosierung oder Ausschleichen von Benzodiazepinen) als auch das Ansetzen einer medikamentösen Begleitbehandlung ($n=5$). Bezüglich der Symptomabnahmen (*BSCL*) sind keine Unterschiede zwischen der Gruppe, bei welcher die Medikation nicht verändert wurde ($M=31,42$) und der Gruppe mit Veränderung ($M=31,61$) festzustellen. Dieser Gruppenunterschied erweist sich entsprechend als statistisch nicht signifikant ($t(45)= -0,02, p=.984$).

Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen vorherige positive Effekte der ACT bei therapieresistenten psychischen Störungen, [vgl. Clarke et al., 2014; Gloster et al., 2015] und deuten weiterführend darauf hin, dass diese ebenfalls im stationären Setting bei störungsübergreifenden Patientengruppen mit hoher Diagnose-Heterogenität positive Veränderungen erzielen können. Lineare Verbesserungen über den gesamten Behandlungsverlauf konnten zudem anhand wöchentlichen Selbsteinschätzungen und zwei unabhängig erhobener Fremdeinschätzungsdaten durch zwei separate Quellen aufgezeigt werden. Entgegen unserer Erwartung, jedoch kongruent zum ACT-Modell, konnte gezeigt werden, dass Therapieeffekte unabhängig davon zu sein scheinen, mit welcher ACT-

Fertigkeit eine Behandlung begonnen wird. Dies scheint die Flexibilität im Umgang mit unterschiedlichen Störungsbildern dieser Behandlungsmethode zu unterstreichen und den Trend, hin zu Prozess-basierten Therapieansätzen, zu bestärken.

Die Stichprobensammensetzung ist eine der Hauptstärken der vorliegenden Studie. Bis auf einen Teilnehmer haben alle untersuchten Patienten bereits mindestens eine nicht erfolgreiche Behandlung erhalten, wobei über die Hälfte sogar mindestens einmalig psychiatrisch hospitalisiert waren. Im Gegensatz zu vorherigen Studien erscheint die vorliegende Stichprobe zudem bzgl. unterschiedlicher Diagnosespektren heterogener [vgl. Lang et al., 2012; Forman et al., 2007]. Über 60 Prozent der Studienteilnehmer berichteten von Suizidgedanken oder -versuchen, aktuell oder in der Vergangenheit, und 63,8 % der Patienten haben mindestens eine komorbide psychiatrische Diagnose, wobei bei 12,8 % der Teilnehmer gar eine komorbide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, wodurch von einem hohem Schweregrad der Erkrankungen ausgegangen werden kann. Entgegen verbreiteter Studiendesigns mit vordergründig homogenen Patientengruppen mit erstmanifestierten unimorbiden Störungsbildern scheint sich die vorliegende Stichprobe deutlich zu unterscheiden und als therapieresistent, chronifiziert und störungsübergreifend bezeichnet werden zu können. Folglich kann von einer hohen externen Validität ausgegangen werden.

Wenngleich die ACT-Behandlung nicht primär auf die Symptomreduktion zielt, konnte hohe Effektstärken bezüglich genereller Symptomatik und PF aufgezeigt werden. ACT-spezifische Fertigkeiten wie Achtsamkeit, kognitive Defusion oder Emotionsregulationsfähigkeiten sowie übergeordneter Aspekte der mentalen Gesundheit zeigten mindestens mittelstarke Effektverstärker nach Abschluss der Behandlung auf.

Entgegen unserer Annahmen waren keine signifikanten Verbesserungen der Variablen *Lebenssinn* (MLQ) und *Emotionsregulationsstil* (ASQ) feststellbar. Bzgl. *Lebenssinn* waren die Prä-Werte bei Eintritt auf beiden Subskalen des MLQ bereits hoch und nahezu identisch zur Studentenstichprobe welche zur Normierung des MLQ herangezogen wurde. Des Weiteren unterstreichen die Autoren die temporale Stabilität des MLQ [Steger et al., 2006], was die schwache bis nichtige Veränderung in der vorliegenden Studie erklären könnte. Dieser Befund könnte zudem auf die Unabhängigkeit der Konstrukte *Lebenssinn* und *Symptomatik* hinweisen, und dies vor allem in jener Subgruppe von Menschen, welche eigeninitiativ eine Behandlung aufsuchen. Gleichmaßen können, entgegen unserer Annahmen, keine signifikanten Veränderungen bzgl. des Emotionsregulationsstils berichtet werden. Einzig auf der Subskala *Akzeptanz* sind bedeutsame Verbesserungen zu berichten.

Auffallend war erneut, dass sich die Prä-Werte der Subskalen *Unterdrückung* und *Anpassen* der vorliegenden Stichprobe nur wenig von der gesunden Studententstichprobe, welche zur Normierung der deutschen Version des ASQ herangezogen wurde, unterschieden [Graser et al., 2012]. Hohe Anfangswerte auf diesen Skalen könnten einerseits die geringe Veränderung in unserer Stichprobe erklären und andererseits darauf hinweisen, dass der Zusammenhang besagter Konstrukte zu Psychopathologien geringer sein könnte als angenommen. In Anbetracht der einzelnen Items des ASQ ist zudem auffallend, dass diese inhaltlich vor allem Glaubenssätze im Umgang mit Emotionen erfragen zu scheinen und weniger konkrete veränderbare Regulationsverhalten in Situationen erheben, was sich negativ auf die die Veränderungssensitivität des Fragebogens auswirken könnte [vgl. Benoy et al., in Vorbereitung).

Die insgesamt bedeutsamen mittel bis starken Prä-Post Effektstärken lassen sich zudem über die Ergebnisse der wöchentlichen Verlaufsmessungen bestärken. Die zusätzlich zu den Selbsteinschätzungsfragebogen erhobenen Fremdeinschätzungen aus zwei unterschiedlichen Quellen ermöglichen ein differenziertes und valides Verständnis über Behandlungsverläufe zu erlangen. Über den gesamten Behandlungsverlauf konnte wie erwartet eine lineare Zunahme der psychischen Flexibilität aufgezeigt werden. Obwohl die Patientenpopulation die eigenen PF zwar höher einschätzt als beide Fremdeinschätzungs-Berufsgruppen, haben alle drei Kurven einen sehr ähnlichen Verlauf. Zusätzlich zu subjektiv erlebten Verbesserungen scheinen somit ebenfalls positive Verhaltensänderungen durch unabhängige Rater beobachtbar gewesen zu sein. Selbst, wenn von einem gewissen Erwartungseffekt ausgegangen werden muss, trägt dieser unserer Ansicht nach erheblich zur internen Validität der Ergebnisse bei. Auffallend ist zudem die hohe Übereinstimmigkeit der Fremdratings. Hier ist von einer hohen Interrater-reliabilität auszugehen, welche den Rückschluss auf tatsächlich valide beobachtbare Verhaltensveränderungen im Sinne psychisch flexiblerem Verhalten verstärkt und gegen mögliche Erwartungseffekte einzelner Rater sprechen könnte.

In theoretischen Annahmen zur ACT wird auf die Flexibilität dieser Behandlungsmethode hingewiesen. Störungsübergreifend sollen Fertigkeiten vermittelt werden, welche ein reicheres und freieres Leben ermöglichen. Es wird davon ausgegangen, dass es unbedeutsam ist, mit welcher Fertigkeiten die Behandlung begonnen wird. Dies konnte unseres Wissens jedoch noch nicht nachgewiesen werden. Erste Ergebnisse scheinen gar eher auf Outcome-Unterschiede hinzuweisen [Villatte et al., 2016]. Entgegen unserer darauf aufbauenden Annahme, konnte wir jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede

feststellen. Unabhängig davon, ob der primäre Fokus der Behandlung auf der Fertigkeit *Akzeptanz, Werte und engagiertes Handeln, kognitive Defusion* oder *Selbst-als-Kontext* lag, konnten keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Symptomreduktion festgestellt werden. Unseres Wissens konnte dies erstmalig durch die vorliegende Studie mittels klinischer Daten aufgezeigt werden und ist daher ein wichtiges Ergebnis. Aufgrund der kleinen Stichprobe sollte dieses Ergebnis jedoch repliziert werden, da deskriptiv Unterschiede beobachtbar sind und daher nicht eindeutig ausgeschlossen werden können.

Entgegen vieler publizierter Studien griffen wir nicht auf einen manualisierten Behandlungsaufbau zurück. Das bestehende Behandlungsregime wurde durch das Studiendesign nicht verändert. In Anlehnung an die Sichtweise der ACT wurde großen Wert auf die Flexibilität der Therapien gelegt. Das störungsübergreifende Vorgehen bildet unserer Ansicht nach das tatsächliche therapeutische Vorgehen im klinischen Alltag ab wodurch von einer erhöhten Generalisierbarkeit ausgegangen werden kann. Wir sind folglich davon überzeugt, mit den vorliegenden Ergebnissen einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsforschung und den kontextuellen Verhaltenswissenschaften zu leisten.

Die Studie hat jedoch bedeutsame Limitationen, welche vordergründig auf das gewählte Studiendesign und begrenzte Ressourcen im Rahmen von Pilotstudien zurückzuführen sind. Im Laufe unserer Pilotstudie sind Missings zu berichten und aufgrund des Einen-Gruppen-Designs explorativer Beobachtungsstudien konnte u.a. aus ethischen Gründen, gleichermaßen wie in anderen Beobachtungsstudien, keine Kontrollgruppe mitgeführt werden [vgl. Ohmann et al., 2007]. Es kann daher keine kausale Aussage über die direkte Wirksamkeit der beschriebenen Behandlung gemacht werden. Die interne Validität wird jedoch durch die Prozess-Daten erhöht, welche die Prä-Post-Effektstärken unterstreichen. Zudem kann von einer hohen externen Validität infolge des gewählten Studiendesigns ausgegangen werden. Aufbauende Studien sollten zudem Follow-Up-Daten erheben. Diese können Ausschluss darüber geben, ob ein längerfristiger Effekt erzielt werden konnte, was vor allem in Anbetracht der therapieresistenten Stichprobe von großer Bedeutung ist. Das offene und flexible Therapieregime lässt zudem keine Schlüsse darüber zu, welche spezifischen Aspekte der Behandlung maßgebend für die positiven Effekte sind. Obwohl die Gruppenunterschiede bezüglich der parallelen medikamentösen Behandlung mögliche pharmakologische Zusatzeffekte eingrenzen, lassen sich diese beispielsweise nicht endgültig ausschließen. Im Rahmen von Untersuchungen unter Versorgungsbedingungen bleiben pharmakologische Effekte, sowie weitere Selektions- und Erwartungseffekte durch andere externe Variablen nicht kontrollierbar. Konsistent mit anderen Studien basierte die

vorliegende Untersuchung vorwiegend auf Fragenbogen-basierten Untersuchungen. Zusätzlich zu langen Follow-Up Untersuchungen sollten zukünftige Studien somit ebenfalls weitere Messmethoden einschließen.

Diese Limitationen berücksichtigend, liefert die vorliegende Untersuchung wichtige Erkenntnisse. Der positive Effekt stationärer ACT-Behandlungen bei schweren, therapieresistenten und chronifizierten psychischen Erkrankungen und deren Durchführbarkeit in tatsächlichen störungsübergreifenden Patientengruppen und unter realen Versorgungsbedingungen bestätigen das ACT-Model und allgemein transdiagnostische Verfahren und unterstreichen deren klinische Indikationen durch bisher seltene diesbezügliche wissenschaftliche Aufarbeitungen. Die hohe externe Validität infolge des gewählten Settings lässt zudem eine erhöhte Generalisierbarkeit zu. Des Weiteren können aus der vorliegenden Studie bisher seltene Informationen bzgl. der Flexibilität im therapeutischen Umgang mit ACT-Fertigkeiten geschlossen werden. Es konnten somit wichtige Forschungslücken aufgegriffen werden, welche Anstöße für weitere Untersuchungen geben. So sollten Effekte spezifischer ACT-Fertigkeiten, sowie beispielsweise Vergleiche stationärer Behandlungen zu ambulanten-TAU-Bedingungen die positiven Effekte des untersuchten Settings weiter beforscht werden, und längere Follow-Ups sowie und zusätzlich zu Fragebögen weitere Messmethoden einschließen.

Literaturverzeichnis

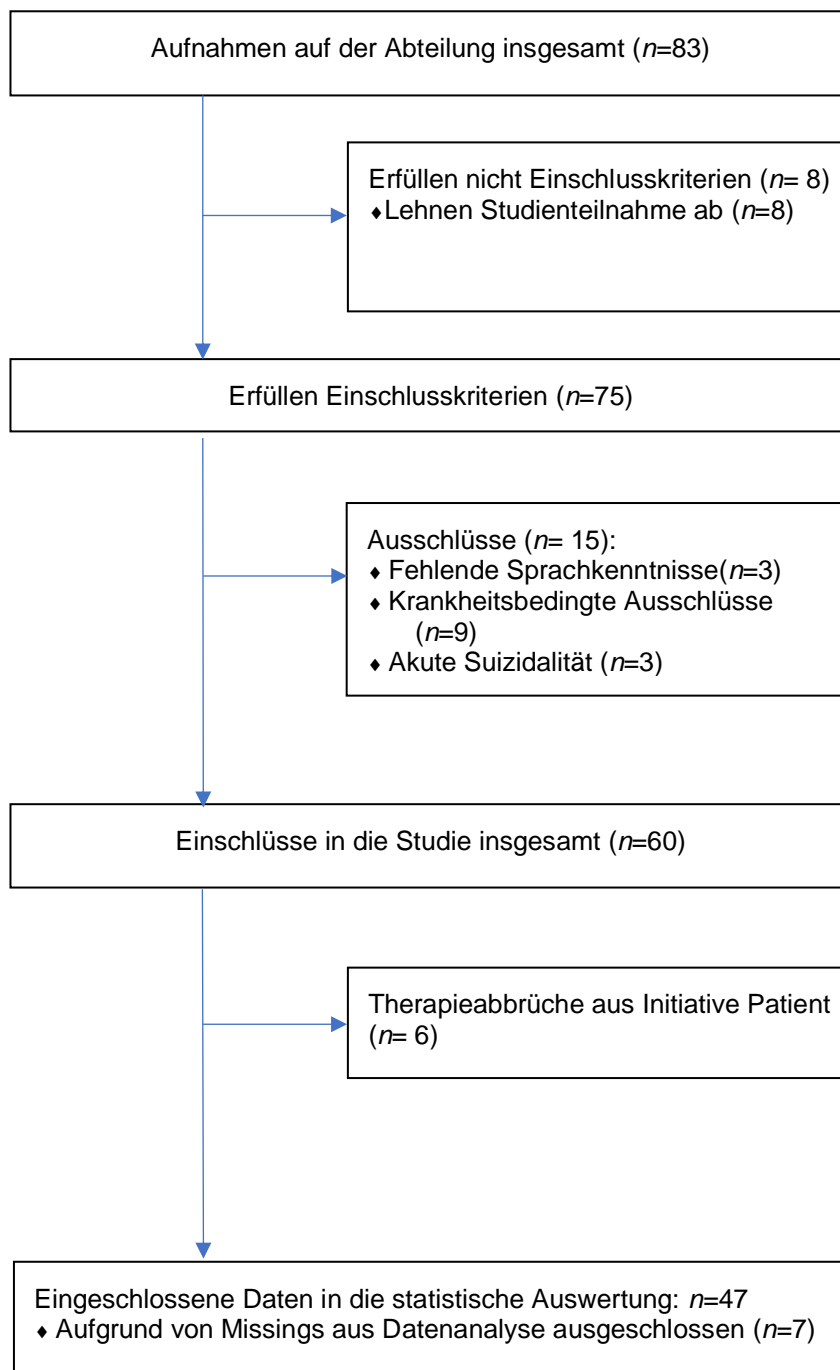
- ACBS. (2018, October 3). ACT Randomized Controlled Trials since 1986. Retrieved from https://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(5), 750–765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, *15*(3), 329–342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *74*(9), 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Benoy, C., Bader, K., & Schumann, I. (2015). Akzeptanz- und Commitment-Therapie : ein transdiagnostischer Ansatz. *PSYCH Up2date*, *9*, 237–255.
- Benoy, C., & Schumann, I. (2015). Behandlung von Zwangserkrankungen : Zur Indikation eines stationären Settings. *Psychiatrie & Neurologie*, *4*, 2–4.
- Benoy, C., Knitter, B., Schumann, I., Bader, K., Walter, M., & Gloster, A. T. (2018). Treatment sensitivity in the measurement of psychological flexibility. Manuscript in preparation.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, *42*(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Catalan-matamoros, D., Catalan-matamoros, D., Helvik-skjaerven, L., & Martı, A. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders : A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, *25*(7), 617–626. <https://doi.org/10.1177/0269215510394223>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential Avoidance as a Functional Dimensional Approach to Psychopathology: An Empirical Review. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(9), 871–890.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression : Possibilities and Limitations of a Transdiagnostic Perspective. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(1), 29–34. <https://doi.org/10.1080/16506070902980745>
- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H., & Remington, B. (2014). Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*(3), 179–188. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.005>
- Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K. G., Bolderston, H., & Remington, B. (2012). Acceptance and commitment therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: A treatment development study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(4), 560–572. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.001>
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, *29*(9), 749–753. <https://doi.org/10.1002/da.21992>

- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioral Therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 886–905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>
- Firsching, V. J., Villanueva, J., Rinner, T.B., Benoy, C., Kuhweide, V., Brogli, S. & Gloster, A. T. (2018, July) Measuring Psychological Flexibility in a Context Sensitive Manner - Development and Preliminary Psychometric Properties of a Short and Accessible Questionnaire. Poster session presented at the ACBS World Conference 16, Montreal, Canada.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(3), 485–495. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001206>
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799.
- Franke, G. H. (2015). BSCL-53®-S. Brief Symptom-Checklist-Standard-Deutsches Manual.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415–437. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Ciarrochi, J., Eifert, G., Sonntag, R., Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2017). Increasing valued behaviors precedes reduction in suffering: Findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.013>
- Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003>
- Gloster, A. T., Sonntag, R., Hoyer, J., Meyer, A. H., Heinze, S., Ströhle, A., ... Wittchen, H. U. (2015). Treating treatment-resistant patients with panic disorder and agoraphobia using psychotherapy: A randomized controlled switching trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(2), 100–109. <https://doi.org/10.1159/000370162>
- Graser, J., Bohn, C., Kelava, A., Schreiber, F., Hofmann, S. G., & Stangier, U. (2012). Der “affective style questionnaire (ASQ)”: Deutsche adaption und validitäten. *Diagnostica*, 58(2), 100–111. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000056>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2018). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hoyer, J., & Gloster, A. T. (2013). Psychologische Flexibilität messen: Der Fragebogen zu

- Akzeptanz und Handeln II. *Verhaltenstherapie*, 23, 42–44. <https://doi.org/10.1159/000347040>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lang, A. J., Schnurr, P. P., Jain, S., Raman, R., Walser, R., Bolton, E., ... Benedek, D. (2012). Evaluating transdiagnostic treatment for distress and impairment in veterans: A multi-site randomized controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Contemporary Clinical Trials*, 33(1), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2011.08.007>
- Linden, M. (2018). Störungsspezifische oder verhaltenanalytisch basierte Psychotherapie? *Verhaltenstherapie*, 28, 5–6. <https://doi.org/10.1159/000486882>
- Luoma B., Hayes S.C., Walser R.D. (2009). ACT-Training. Handbuch der Acceptance & Commitment Therapie. Paderborn: Junfermann.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A Review of Published Outcome Studies and Future Research Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20–33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 214–226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>
- Ohmann, S., Schuch, B., Sackl, P., Werneck-Rohrer, S., Vesely, C., Gössler, R., & Popow, C. (2007). Kognitiv-verhaltenstherapeutische gruppentherapie für jugendliche mit angstbedingter schulverweigerung. Eine beobachtungsstudie. *Verhaltenstherapie*, 17(3), 175–181. <https://doi.org/10.1159/000104353>
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *Psychological Record*, 59(4), 521–536. <https://doi.org/10.1007/BF03395679>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Outcome Studies. *Cognitive Behaviour Therapy*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>
- Roy-Byrne, P. (2017). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy and the Return of the Repressed. *JAMA Psychiatry*, 2, 1–2. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 333–357.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Vilardaga, J. C. P., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy Modules: Differential Impact on Treatment Processes and Outcomes. *Behav Res Ther*, 77, 52–61.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882–890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für

DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Abb. 1: Ablaufdiagramm der in die Studie eingeschlossenen Patienten



Stationäre ACT-Behandlung: Beobachtungsstudie

Abb. 2: Prä-Post-Effektstärken aller erhobenen Fragebogenvariablen. Alle Unterschiede, ausgenommen der weißen Balken, sind statistisch signifikant

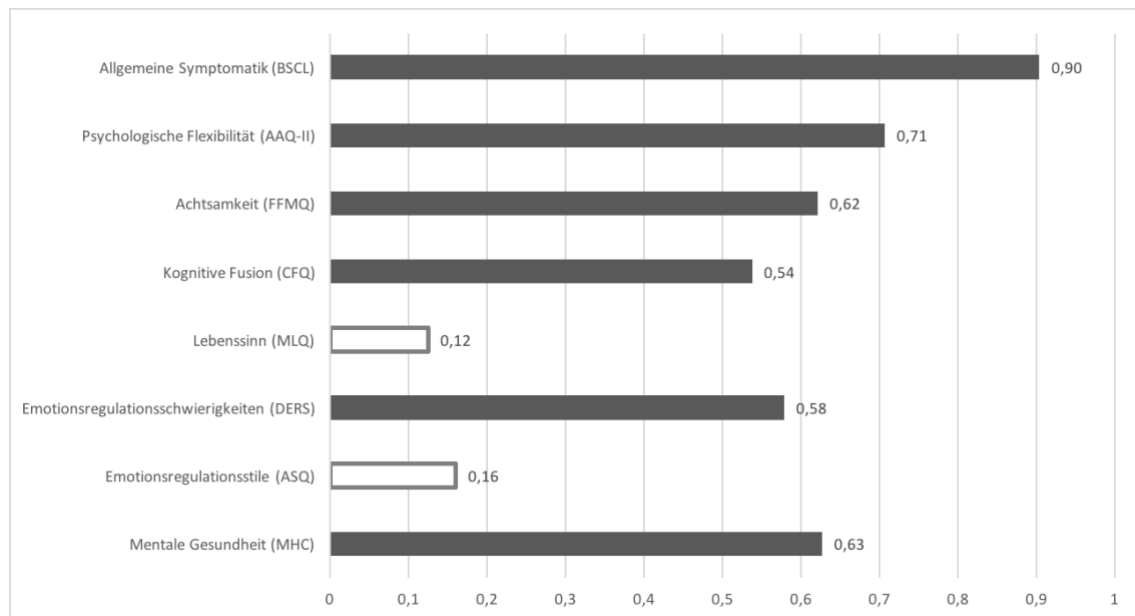
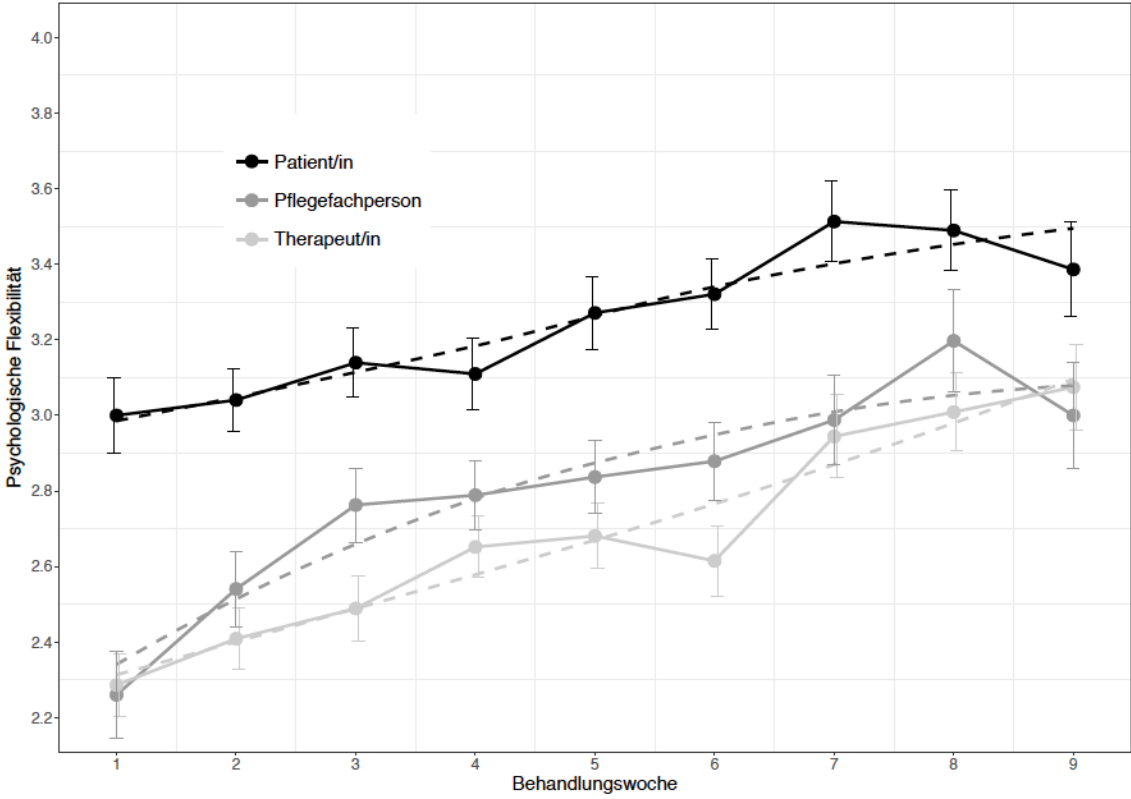


Abb. 3: Ergebnisse der wöchentlichen Verlaufsmessungen der Psychischen Flexibilität (unkodiert)



Stationäre ACT-Behandlung: Beobachtungsstudie

Tab. 1: Detaillierte Stichprobenbeschreibung

	<i>n</i> _{total} = 47
Alter in Jahren, Mittelwert (SD)	41.5 ± 13.7
Geschlecht, n (%)	
Weiblich	24 (51.1)
Männlich	23 (48.9)
Bildungsjahre, n (%)	
Kein formaler Abschluss	9 (19.1)
Weniger als Mittelschule	22 (66.0)
Mittelschulabschluss	6 (12.8)
Abitur	5 (10.6)
Universitäres Diplom	5 (10.6)
Arbeitstätigkeit n (%)	
Angestellt	17 (36.2)
Arbeitslos	16 (34.0)
Invaliditätsrente	14 (29.8)
Wohnsituation, n (%)	
Bei Eltern wohnhaft	8 (17.0)
Alleinlebend	23 (48.9)
Mit Partner lebend	14 (29.8)
Andere	2 (4.3)
Familienstand, n (%)	
Single	23 (48.9)
In stabiler Beziehung	3 (6.4)
Verheiratet	12 (25.5)
Geschieden	9 (19.1)
Mit Kindern n (%)	29 (38.3)
Erstdiagnose, n (%)	
Wahnhafte Störung F 22	1 (2.1)
Bipolare Störung F31	2 (4.3)
Depressive Episode F32	4 (8.5)
Rezidivierende depressive Störung F33	10 (21.3)
Anhaltende affektive Störung F34	1 (2.1)
Phobische Störung F40	3 (6.4)
Andere Angststörung F41	6 (12.8)
Zwangsstörung F42	10 (21.3)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung F43	5 (10.6)
Somatoforme Störung F45	1 (2.1)
Persönlichkeitsstörung F60	3 (6.4)
Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle F63	1 (2.1)
Komorbide Diagnosen, n (%)	
Keine	17 (36.2)
1	18 (38.3)
2	10 (21.3)
3	2 (4.3)
Komorbide Persönlichkeitsstörung, n (%)	6 (12.8)
Anzahl vorhergehender Behandlungen, n (%)	
keine	1 (2.1)
1	11 (23.4)
2	17 (36.2)
3	8 (17.0)
3 +	10 (21.3)
Anzahl vorhergehender stationärer Behandlungen, n (%)	
keine	22 (46.8)
1	13 (27.7)
2	7 (14.9)
2 +	5 (10.6)
Aktuelle oder frühere Suizidgedanken, n (%)	30 (63.8)
Suizidversuche, n (%)	7 (14.9)
Behandlungsdauer in Tagen, Mittelwert (SD)	66.3 ± 22.7

Stationäre ACT-Behandlung: Beobachtungsstudie

Tab 2: Allgemeine Symptomatik, Psychische Flexibilität, Achtsamkeit, kognitive Fusion, Lebenssinn, Emotionsregulationsfähigkeiten, Emotionsregulationsstile, mentale Gesundheit, inkl. der jeweiligen Subskalen, vor und nach der Behandlung

Fragebogen	n	Prä		Post		t-Test verb. Stichproben			Effektstärke
		M	SD	M	SD	T	df	p	cohen's d
Allgemeine Symptomatik (BSCL)	47	83,40	34,85	51,87	34,94	7,02	46	0,00	0,90
Somatisierung	47	8,83	6,29	5,23	5,55	4,89	46	0,00	0,61
Zwanghaftigkeit	47	11,36	5,27	7,70	4,94	5,18	46	0,00	0,72
Unsicherheit im Sozialkontakt	47	7,15	3,71	4,94	3,31	4,44	46	0,00	0,63
Depressivität	47	11,34	4,82	5,98	4,64	7,48	46	0,00	1,13
Ängstlichkeit	47	9,98	4,83	5,66	4,65	6,06	46	0,00	0,91
Aggressivität/Feindseligkeit	47	5,47	3,30	3,70	3,92	3,59	46	0,00	0,49
Phobische Angst	47	8,72	5,27	4,89	4,45	7,21	46	0,00	0,79
Paranoides Denken	47	6,23	5,09	4,34	4,04	4,65	46	0,00	0,41
Psychotizismus	47	6,51	4,04	4,45	3,63	3,52	46	0,00	0,54
Psychologische Flexibilität (AAQ-II)	44	32,39	8,80	26,50	7,83	4,64	43	0,00	0,71
Achtsamkeit (FFMQ)	45	71,24	10,86	78,58	12,70	-4,06	44	0,00	0,62
Nichtreaktivität	45	12,49	2,79	15,00	3,61	-3,72	44	0,00	0,78
Beobachten	45	13,80	3,60	14,93	2,92	-2,42	44	0,02	0,35
Mit Aufmerksamkeit Handeln	45	15,13	3,47	16,18	3,35	-2,03	44	0,05	0,31
Beschreiben	45	15,42	4,42	16,69	3,78	-2,01	44	0,05	0,31
Akzeptieren ohne Bewertung	45	14,40	3,76	15,78	3,97	-2,17	44	0,04	0,36
Kognitive Fusion (CFQ)	44	33,11	8,76	28,41	8,75	3,57	43	0,00	0,54
Lebenssinn (MLQ)	44	43,89	9,19	45,00	8,63	-0,90	43	0,37	0,12
Präsenz von Lebenssinn	44	19,91	7,55	23,34	6,71	-3,45	43	0,00	0,48
Suche nach Lebenssinn	44	23,98	7,80	21,66	8,36	2,18	43	0,03	0,29
Emotionsregulationsschwierigkeiten (DERS)	44	107,86	27,00	93,39	22,92	4,01	43	0,00	0,58
Nichtakzeptanz von emotionalen Reaktionen	44	16,86	5,62	14,66	4,53	2,66	43	0,01	0,43
Schwierigkeiten zielgerichtet zu handeln	44	17,55	3,93	15,09	4,85	4,13	43	0,00	0,56
Impulskontrollschwierigkeiten	44	15,14	5,83	14,00	4,87	1,39	43	0,17	0,21
Mangel an emotionaler Bewusstheit	44	19,68	11,98	16,68	4,47	1,72	43	0,09	0,33
Beschränkter Zugang zu Strategien	44	24,52	7,04	20,82	6,86	3,42	43	0,00	0,53
Defizit Gefühle zu erkennen und einzuordnen	45	14,09	4,19	12,18	3,28	3,25	44	0,00	0,51
Emotionsregulationsstile (ASQ)	45	58,07	10,48	59,76	10,62	-1,06	44	0,30	0,16
Unterdrücken	45	24,24	6,29	23,96	5,64	0,34	44	0,74	0,05
Akzeptieren	45	12,04	3,61	13,40	3,97	-2,56	44	0,01	0,36
Anpassen/Neubewerten	45	18,33	4,52	19,33	4,36	-1,23	44	0,23	0,23
Mentale Gesundheit (MHC)	43	39,37	14,31	48,79	15,73	-4,20	42	0,00	0,63