

# **Werteorientierung als Bindeglied zwischen Akzeptanz- & Commitment-Therapie und Hypnotherapie**

**Dipl.-Psych. Ronald Milewski**

Gängige Versuche, Hypnose in verschiedene Therapiemethoden, so auch die Verhaltenstherapie, als Technik einzubinden (1) bzw. Hypnotherapie und Verhaltenstherapie zu integrieren wie Revenstorf Entwurf einer hypnobehavioralen Therapie (2), tun dies mit Augenmerk auf die klassische und die kognitive Verhaltenstherapie. In diesem Text soll der gleiche Versuch im Hinblick auf ein Verfahren erfolgen, das der sog. dritten Welle der Verhaltenstherapie zugerechnet wird. Bei diesem Verfahren handelt es sich um die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (im Folgenden wahlweise kurz ACT), ein Verfahren, das wie die Dialektisch Behaviorale Therapie Masha Linehans achtsamkeitsbasiert ist. ACT Therapeuten adaptieren wie auch Therapeuten, die sich der Funktional Analytischen Therapie, ebenfalls einem Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie, zugehörig fühlen, Methoden und Techniken der Humanistischen Psychotherapie. Die Ausrichtung des therapeutischen Vorgehens an Werten des Patienten in ACT kann als eine solche Adaptation angesehen werden. Nach einer Darstellung der Grundlagen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie wird im folgenden Text die Bedeutung der Klärung der Werte des Patienten im Rahmen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie dargelegt. Darüber hinaus erfolgt eine kritische Reflexion der Möglichkeiten einer Nutzung von Hypnose als Zugangstechnik im Rahmen eines solchen Vorgehens und eine kritische Diskussion der Kompatibilität einer wertorientierten Perspektive in der Psychotherapie mit dem Vorgehen in der Hypnotherapie.

## **Grundlagen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie**

Laut Kelly G. Wilson und Amy R. Murrell (3, 171 ff.) ist in üblicher Weise praktizierte Verhaltenstherapie (im Folgenden VT) in ihrer Grundhaltung mit der Medizin vergleichbar: Beide Ansätze sehen ihre Aufgabe in der Verringerung von Leiden. Obschon zum Rüstzeug der VT zahlreiche Verfahren für den Erwerb bestimmter Fähigkeiten zählen, konzentriert sich die Bewertung der Ziele oder Therapieerfolge in der Regel auf die Verringerung der verschiedenen seelischen Beschwerden. Herkömmliche VT basiere wie die Medizin auf der "Annahme der gesunden Normalität" (ebda. 171), nach der Gesundheit ein Normalzustand ist, der lediglich dann unterbrochen wird, wenn ein abnormaler Zustand auftritt. Statt jedoch eine biologische Fehlfunktion, einen infektiösen oder toxischen Beweggrund als Eindringling anzunehmen, nimmt der Verhaltenstherapeut eine anormale, krank machende Lerngeschichte als Ursache an.

Der Argumentation der beiden Autorinnen folgend ist die Alternative zu dieser Betrachtungsweise die Grundlage von ACT, nämlich die "Annahme der destruktiven Normalität" (ebda. 172). Im Rahmen der Annahme der destruktiven Normalität sind die problematischen Prozesse, die zu Leiden führen, die auf der menschlichen Sprache basierenden Lernprozesse. Innerhalb dieses Modells sind abnormale Lernprozesse nicht ausgeschlossen. Das Modell postuliert jedoch, dass der Besitz von Sprache allein schon Leiden schafft und dass alle sprachbasierten Prozesse ein vorliegendes Leiden verschlimmern.

Es impliziert,

- dass Sprache, entwickelt als Anpassungsleistung mit der zentralen Rolle, die Menschen vor einer feindlichen Umwelt zu schützen, dem Menschen das Vergleichen, Bewerten und das wirksame Reagieren auf Kontingenzen ermöglicht;
- dass Relationale Konditionierungsprozesse das Vermögen, wirksam auf das zu

reagieren, was andernfalls nur als ineffektive Ansammlung von Kontingenzen erscheint, fördern.

Das dieser Argumentation inhärente Postulat besagt, dass in der Folge dieser Prozesse Menschen das verbal abgebildete Ereignis (Gedanken/Erinnerungen) genauso wie das Ereignis selbst vermeiden: Menschen weichen nicht nur dem Tod aus, sondern auch den Gedanken an ihn. Eine solche Erlebnisvermeidung, an sich unproblematisch, wenn zeitlich begrenzt, schadet laut Wilson und Murrell immer dann, wenn die gemiedenen Erfahrungen in der Folge eines Mangels an Akzeptanz auftauchen und ein wertgeschätztes Ziel verfolgt wird. Strebt ein Mensch, der einen sexuellen Missbrauch überlebt hat, an, *vollständig* schmerzhaft Gedanken, Empfindungen und Erinnerungen zu vermeiden, die mit dem Missbrauch verknüpft sind, so wird er diesen aversiven Aspekten seiner Erfahrung nur unter Verzicht auf reiche Interaktionen aus dem Weg gehen können.

Zum Scheitern verurteilt sind aus der Sicht der ACT-Therapeutinnen Modelle der Psychopathologie, die annehmen, negative Gedanken und Gefühle müssten durch positive Gedanken und Gefühle ersetzt werden. Ebenso zum Scheitern verurteilt sind aus dieser Perspektive Ansätze, die die Überzeugung teilen, bestimmte Kognitionen, Emotionen und körperliche Zustände führten zu schlechtem Verhalten, und daher anstreben, die auslösenden Ursachen zu eliminieren oder zumindest zu verringern. In dieser auf die Pathologie fokussierten Deutung geht man laut Kelly und Murrell davon aus, dass das Entfernen der pathologischen Phänomene die Individuen befreie, so dass diese ihr Leben in jeder beliebigen Richtung verfolgen könnten. In der Perspektive von ACT sei jedoch seelisches Leiden nicht anomal, sondern im Gegenteil normal und immer vorhanden. Der Kampf mit dem Ziel, psychische Widerstände zu entfernen, festige und intensiviere eben jene Widerstände im Leben des Patienten. Daher suchten ACT-Therapeuten einen Weg, die Schattenseite der Sprachprozesse zu akzeptieren und gleichzeitig auch die Vorteile zu nutzen, welche die Sprache dem Menschen verschaffe. ACT-Therapeuten strebten an, Klienten ohne Umschweife und auf eine einfache Weise dabei zu helfen, diesen Kampf hinter sich zu lassen, so dass sie das Leben führen könnten, welches den von ihnen gehegten grundlegenden Werten so gut wie möglich entspreche.

### **Form, Inhalt und Funktion von Werten**

Werte sind laut der Begründer der Akzeptanz- und Commitmenttherapie, Hayes, Strosahl und Wilson (4):

- *verbal konstruierte, globale, erwünschte Lebenskonsequenzen;*
- abstrakter und globaler als konkrete verbale Ziele und liefern daher eine Art von "verbalem Klebstoff" (ebda. 218), der Mengen von verbalen Zielen kohärenter werden lässt;
- Sättigungseffekten und anderen Veränderungen weniger unterworfen;
- nützlich, weil sie Menschen dabei helfen, zwischen Alternativen zu wählen.

Werte können:

- nie völlig befriedigt, permanent erreicht oder wie ein Objekt festgehalten werden;
- über sehr lange Zeiträume relevant sein;
- "seltsam, aber offenkundig“, obwohl sie verbale Ereignisse seien, „nicht ordentlich funktionieren, wenn sie zu verbal oder intellektuell behandelt werden" (ebda. 218).

Werte müssen:

- Wahlen sein, eine Selektion unter Alternativen, die *mit* Gründen gemacht werden kann, aber nicht *wegen* Gründen.

"Der Witz" besteht laut der Autoren darin, Ziele nur als ein Mittel zu benutzen, um sich in einem Prozess zu engagieren und eine Richtung einzuhalten (ebda. 232). Die entsprechende Maxime in ACT lautet: "Das Ergebnis ist der Prozess, durch den Prozess zum Ergebnis wird"

(ebda. 232). Der Versuch, mit dem Erreichen von Zielen glücklich zu werden, impliziere dagegen, dass man in einer Welt lebe, in der einem das durchgängig fehle, was einem wichtig sei.

### **Wertschätzen als Prozess**

Nach Hayes, Strosahl und Wilson sind alle "normalen verbalen Menschen" werte-fähig (ebda. 218). Das Fehlen des Wertschätzens sei demnach eine Abwehrmaßnahme. Die Autoren unterscheiden Wertschätzen als Gefühl vom Wertschätzen als Handlung: Menschen müssten lernen wertzuschätzen, auch wenn sie sich nicht danach fühlten. Damit es zum Wertschätzen komme, sei es entscheidend, dass Werte *nicht* mit Beurteilungen durcheinander gebracht würden. Am meisten werde diese Unterscheidung benötigt, damit Patienten wertschätzen könnten, ohne sich gleichzeitig mit Rechtfertigungen und Erklärungen abzugeben, die sie wieder in die gleichen sozial konventionellen Ansätze zurückführten, die ihre Probleme überhaupt erst hervorgebracht haben. Wertschätzen als ein Verhalten kommt aus dieser Sicht im Leben des Patienten ständig vor. Jedes Verhalten, das zweckgerichtet ist, beinhaltet eine verbal konstruierte Zukunft.

### **Wertermittlung im Therapieprozess**

Hayes, Strosahl und Wilson gehen davon aus, dass „jeder Patient bereits alles hat, was nötig ist, um eine Lebensrichtung zu definieren.“ (4, 215) Die Ermittlung relevanter Werte des Patienten, die diese Ausrichtung maßgeblich bestimmen, steht nach Empfehlung vieler ACT-Therapeuten (5) am Anfang der Therapie. Sie erfolgt (6) zumindest initial häufig als paper- & pencil-Hausaufgabe an Hand eines Fragebogens (Valued-Living-Questionnaire, VLQ, 3, 191). Klienten werden in diesem angehalten, die persönliche Wichtigkeit von 10 Lebensbereichen und ihr aktuelles Engagement in diesen Bereichen einzuschätzen. Diese Lebensbereiche sind: 1. Familie, 2. Ehe, Paarbeziehung, intime Partner, 3. Elternschaft, 4. Freundschaft, 5. Arbeit, 6. Bildung, 7. Erholung in der Freizeit, 8. Spiritualität, 9. Teilnahme am öffentlichen Leben und 10. das eigene physische Wohlergehen (3, 191). Üblicher Weise wird der Patient im weiteren Verlauf gleichfalls per Fragebogen und im Wachbewusstsein dazu aufgefordert, in diesen Bereichen relevante Werte zu formulieren.

Unterstützungsmaßnahmen durch den Therapeuten sind in dieser Phase der Therapie thematisch bezogene Verhaltensübungen und "Metaphern", Geschichten, die sich mit dem Thema, dem Leben eine Richtung zu geben, befassen. Ziel ist zur Förderung der Therapiemotivation die persönliche Festlegung des Patienten auf relevante Werte. Die ermittelten Werte dienen im weiteren Therapiesgeschehen als prinzipiell unerreichbare "Richtungsziele" der Erarbeitung mit ihnen verbundener erreichbarer "Ergebnisziele" und aus diesen folgender "Handlungsziele". Berücksichtigt werden in dieser Phase Hindernisse bei der Umsetzung. Die Ermittlung der Richtungsziele erfolgt unter Anregung der Vorstellung einer idealtypischen Situation (4, 7).

Wengenroth (7, 175-205) zeigt weitere Vorgehensweisen zur Unterstützung der Wertermittlung auf, die dem Patienten unabhängig von den o. g. Lebensbereichen eine freiere Wahl erlauben. Auch diese Übungen sind zwar als paper- & pencil-Aufgaben konzipiert, bergen jedoch je nach Form der Induktion das Potential einer Ermittlung persönlicher Werte des Patienten außerhalb des Wachbewusstseins und rationaler Überlegungen und werden damit ansatzweise den Zweifeln von Hayes, Strosahl und Wilson an einem „ordentlichen Funktionieren“ ermittelter Werte gerecht, wenn diese „zu verbal oder intellektuell“ abgehandelt werden (s. o).

Innerhalb der VT steht ein derart freieres und imaginative Techniken nutzendes Vorgehen bei der Ziel- und Wertermittlung in der Tradition der "Selbstmanagementtherapie" nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (8). Im Rahmen der in diesem Ansatz enthaltenen „Ziel-/Wertklärung“ betonen die Autoren, dass zum Zugang zu eigenen Zielen eine entspannte Situation zu schaffen sei, so dass durch "Imagination, Phantasie und Tagtraum in einer äußerlich ruhigen und entspannten und abwechslungsreichen Atmosphäre sowie durch die zeitweilige Ausschaltung von rationaler Zensur ... vor allem respondente Gedanken angesprochen werden" (ebda. 445) können. Durch dieses Vorgehen werden laut Kanfer, Reinecker und Schmelzer Ziele und Werte erfassbar, die zum Teil weit über die Auskünfte hinausgehen, welche im regulären Interview durch direkte Fragen nach Zielen erhältlich sind. Die entspannt sitzenden oder liegenden Patienten sind laut der Autoren mit Phantasie-Übungen zur gedanklichen Beschäftigung mit zielrelevanten Inhalten anzuregen, die von den Patienten in Form von lautem Denken unmittelbar mitgeteilt werden sollen.

Viele der von Kanfer, Reinecker und Schmelzer vorgeschlagenen Übungen (8, 454–458) sind Hypnotherapeuten geläufig und in der Hypnotherapie im Rahmen der Zielermittlung gebräuchlich. Der Wertbegriff der Autoren unterscheidet sich jedoch gravierend von dem der ACT-Therapeuten. Er ist eher kritisch: Werte sind im Verständnis von Kanfer, Reinecker und Schmelzer persönliche (kognitive) Präferenzen, die noch keinen Verbindlichkeitscharakter im Hinblick auf eine damit verbundene Handlungssteuerung besitzen. Aus solchen (funktional "unverbindlichen") Wertvorstellungen resultieren im Alltag aus Sicht der Autoren häufig nur "Lippenbekenntnisse" oder belanglose Absichtserklärungen (ebda. 460).

Gleichfalls Zweifel an einem Vorgehen im Wachbewusstsein, was den Zugang zu relevanten Werten jedoch nicht was deren Engagement fördernde Wirkung betrifft, äußern die ACT-Therapeutinnen Wilson und Murrell. Nach deren Erfahrung führt die Erhebung per Fragebogen überwiegend zu "sehr mageren und konventionellen" (3, 200) Darlegungen der Klienten. Die Autorinnen schlagen daher parallel zu einem quantitativen Screening mit dem VLQ (s. o) eine Erhebung von leidenschaftlichem Vermeidungsverhalten der Patienten in relevanten Wertebereichen vor, um dieses Material für Expositionen in sensu zu nutzen. Angestrebt wird in den Übungen qua geförderter Achtsamkeit hinsichtlich innerer Prozesse die Akzeptanz beklagter Körpersymptome und die Defusion von den mit diesen Empfindungen verbundenen Gedanken. Ziel ist ein Flexibilität gestattendes Verhaltensrepertoire im Hinblick auf die gemiedenen Ereignisse. Weitgehend unreflektiert erscheinen bei diesem Vorgehen ähnlich wie im Selbstmanagementansatz von Kanfer, Reinecker und Schmelzer die von den Autorinnen zur Einleitung der Übungen vorgeschlagenen Maßnahmen, was das Thema des anzustrebenden Bewusstseinszustandes des Patienten betrifft. Vorgeschlagen wird von den Autorinnen, die Patienten dazu aufzufordern, sich aufrecht hinzusetzen, die Beine und Arme nicht übereinanderzuschlagen und die Füße flach auf dem Boden ruhen zu lassen. Die Übung wiederum solle vom Therapeuten, "mit einer Stimme vorgetragen werden, die ihre Worte langsam und überlegt, fast ein wenig bedächtig intoniert, immer wieder von Pausen unterbrochen" (3, 201).

### **Veränderungsmotivation und allgemeine Ziele**

Die für Verhaltenstherapeuten ungewöhnliche und von Kanfer, Reinecker und Schmelzer in Frage gestellte Fokussierung auf allgemein formulierte (Richtungs-) Ziele der ACT-Therapeuten findet eine Parallele in aktuellen Vorgehensweisen außerhalb der VT, neurowissenschaftlich fundierten Ergebnissen der Motivationsforschung und psychoanalytischen Modellen. So schlagen Tschacher und Storch (9) im Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) als Reihenfolge für den Bau von motivierenden Zielen vor, zunächst ein Bild zu suchen, im zweiten Schritte - in allgemeiner Formulierung - die zu dem Bild passenden

Worte, aus diesen Worten ein "Haltungsziel" zu bauen und dieses Sprachgebilde, mit den daran gekoppelten Gefühlen aus der Körperwelt auf Maß zu schneiden. Tschacher und Storch beziehen sich bei diesem Vorgehen auf das neurowissenschaftlich gestützte "PSI-Modell" des Motivationspsychologen Kuhl und die "Multiple Code Theory" (MCD) der Psychoanalytikerin Wilma Bucci. Kuhl unterscheidet laut Tschacher und Storch ein "Absichtsgedächtnis" von einem unbewusst arbeitendem "Extensionsgedächtnis". Letzteres wird nach Kuhl durch bildhafte, metaphorische Inhalte angeregt, speichert Erfahrungen holistisch, verbindet diese mit körperlichen Komponenten und erzeugt zur intrinsischen Motivation notwendige positive Gefühle. Bucci geht gleichfalls nach Tschacher und Storch von einer menschlichen Informationsaufnahme und -verarbeitung in zwei Codes aus. Der eine ist vorsymbolisch und körperlich, der andere symbolisch und verbal oder bildhaft. Bilder sind in diesem Modell das Bindeglied zwischen der Welt des körperlichen Unbewussten und der Welt des bewussten Verstandes, der über Worte und Sprache verfügt.

### **Therapie, Ethik und Moral**

Laut Wengenroth (7, 176) meinen ACT-Therapeuten mit Werten keine Moralvorstellungen oder Tugenden. Hayes, Strohsal und Wilson merken dagegen bereits 1999 an, dass sich Therapeut und Patient mit dem Thema Werte in das Reich moralischer Urteile (4, 243) begeben, und nennen diesen Aspekt eine "potentielle Schattenseite der therapeutischen Nähe" (ebda. 243). Die Autoren fordern als Konsequenz, der ACT-Therapeut müsse "um maximal effektiv zu sein, ... in der Lage sein, ehrlich und aufrichtig mit dem Patienten zu arbeiten" (ebda. 243), es unterlassen, ihn implizit oder offen dazu zu zwingen, sich weithin gültigen sozialen Werten anzupassen, und ihn an jemand anderen überweisen, wenn dessen Wertvorstellungen mit den eigenen so sehr abweichen, dass eine effiziente Arbeitsbeziehung nicht aufgebaut werden könne.

Diese Position der ACT-Therapeuten ist eine recht pragmatische Lösung für eine Thematik, die vom Eindruck einer tieferen Auseinandersetzung bedarf. Anknüpfungspunkte zu einer solchen Auseinandersetzung hat Stella Reiter-Theil (10) bereits 1988 formuliert. Laut der Autorin:

- muss eine therapeutische Theorie ein spezifisches Verständnis des "Individuums" liefern und damit Aussagen darüber machen, welche Aspekte des Gegenstand der Therapie sein sollen;
- lässt sich die Stellungnahme zu der Frage, ob das in einer therapeutischen Theorie enthaltene Menschenbild in seinen Voraussetzungen und Konsequenzen akzeptabel ist, an der Antwort orientieren, ob man sich selbst als Therapeut oder auch in einer anderen Funktion, von diesem Menschenbild in adäquater Weise "erfasst" fühlt;
- gehört zu einer therapeutischen Theorie, besonders im Hinblick auf die Technik, aber auch auf die Ethik des Vorgehens, dass sie Erklärungen und Anleitungen bietet, die das Verständnis und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ermöglichen;
- sollte ein Therapeut seine Position in und zu der Gesellschaft klären und in der Lage sein, Konflikte der Klienten mit gesellschaftlichen Institutionen und Normen danach zu differenzieren, ob sie als solche eine ethische Komponente enthalten, oder ob sie eine Verlagerung von einem anderen Konfliktherd darstellen;
- ist ein Therapeut "kein Instrument" seines therapeutischen Paradigmas, der dieses ohne Deutung und Abwandlung anwenden könnte, und umgekehrt sein therapeutisches Paradigma keine "Lehre", die es schlicht zu befolgen gelte oder die ihre einzige und letzte Form gefunden hätte.

Reiter-Theil entwickelt diese Anforderungen an die Selbstreflexion psychotherapeutischen Theorie und Praxis mittels einer Analyse relevanter Beiträge zu ethischen Fragen in der

Familientherapie, der Psychoanalyse, der humanistischen Therapie und der Verhaltenstherapie. Sie prüft darüber hinaus die Bedeutung psychologischer Entwicklungstheorien und der Theorie der moralischen Entwicklung nach Lawrence Kohlberg für die Entwicklung einer universalen ethisch-moralischen Grundlegung der Psychotherapie und fordert einen expliziten Einbezug dieser Thematik in die Ausbildung von Psychotherapeuten. Therapie, ob Einzel-, Paar- oder Familientherapie ist aus ihrer Sicht kein Prozess, der sich auf die Ermittlung und Förderung der im Patienten schlummernden inneren Werte beschränkt, sondern eine „gemeinschaftlich praktizierte Auseinandersetzung mit ethischen Fragen“ (10, 201).

### **Fazit**

Revenstorf Modell (2, 302) einer "hypnobeavioralen Therapie" zeigt zahlreiche Möglichkeiten zum Einbezug von Hypnose als Technik zur Induktion von Trance in die Verhaltenstherapie auf. So zum Beispiel die Intensivierung des Erlebens des Patienten durch hypnotische Tranceinduktion in Imaginationsverfahren und In-sensu-Techniken. Dies sind vom Eindruck her wichtige und empirisch zu prüfende Anregungen an ACT-Therapeuten, was deren Vorgehen bei der Wertermittlung, der Arbeit mit Metaphern und die von Wilson und Murrell beschriebenen achtsamkeitsbasierten Expositionstechniken betrifft. Die von Revenstorf (ebda. 301) dargelegten neurowissenschaftlicher Erkenntnisse können ACT-Therapeuten dazu dienen, imaginative Verfahren und Techniken der Achtsamkeitsmeditation (s. o.) aus diesem Blickwinkel zu betrachten und unter dem Aspekt der Tranceinduktion zu verfeinern. Das tiefer zu reflektierende werteorientierte Vorgehen der ACT-Therapeuten ist umgekehrt sowohl eine wichtige Ergänzung für die nach Revenstorf „störungsspezifische, symptom- oder konflikt- und lösungsorientierte Hypnotherapie“ als auch für die von ihm bei seinem Integrationsversuch betrachtete kognitive und klassische VT sowie das Kunstprodukt „hypnobeavorale Therapie“. Bei einem erneuten Integrationsversuch auf einem Reflexionsniveau, das diesen Ergänzungen gerecht wird und über eine bloße Methoden- und Technikintegration hinausgeht, stellt sich allerdings die Frage, wie Hypnotherapeuten, insbesondere solche, die sich dem Ericksonschen Modell des Unbewussten verpflichtet fühlen, mit einem Menschenbild zurechtkommen, das das menschliche Leiden als universal und unumgänglich ansieht und das menschliche Sprachvermögen als dessen Ausgangspunkt. Nutznießen können beide Verfahren, VT und Hypnotherapie, von der von Reiter-Theil angeregten Selbstreflexion psychotherapeutischen Denkens und Handelns unter ethisch-moralischen Gesichtspunkten. Am Ende dieses Prozesses könnte eine Ergänzung des aktuell dominierenden Selbstverständnisses von Psychotherapie als "sprechende Medizin" durch ein Selbstverständnis als "praktische Philosophie" stehen.

### **Literaturhinweise**

- (1) Revenstorf, D. Hypnotherapie und Verhaltenstherapie. In Psychotherapie 3. Jahrg., Bd. 3, Heft 2. CIP-Medien, München
- (2) Revenstorf, D. (2009). Hypnose in verschiedenen Psychotherapiemethoden. In Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete. Thieme-Verlag, Stuttgart, S. 300 - 305
- (3) Wilson, K. G., Murrell, A. R. (2012). Arbeit an den eigenen Werten im Rahmen der Akzeptanz und Commitment-Therapie. In Achtsamkeit und Akzeptanz. Das Erweitern der kognitiv-behavioralen Tradition. dgvt-Verlag, Tübingen, S. 171 - 211

- (4) Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2007) Akzeptanz und Commitment Therapie, CIP-Medien, München, S. 215 - 246
- (5) Luoma, J. B., Hayes, S. C., Walser, R. B. (2009). ACT-Training. Akzeptanz- und Commitmenttherapie: Ein Handbuch. Junfermann-Verlag, Paderborn
- (6) Sonntag, R. F. (2004). Engagiertes Handeln lernen: Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie. In T. Heidenreich & J. Michalak (Eds.), Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, dgvt-Verlag, Tübingen, S. 305 - 371.
- (7) Wengenroth, M. (2012). Therapie-Tools. Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Beltz-Verlag, Weinheim, Basel
- (8) Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1991). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
- (9) Tschacher, W., Storch, M. (2009). Vom Embodiment-Konzept zur körperzentrierten Psychotherapie. Universitäre psychiatrische Dienste Bern. Forschungsberichte der Abteilung für Psychotherapie, Nr. 09-1. [http://majastorch.de/download/1106\\_Embodiment-Forschungsbericht.pdf](http://majastorch.de/download/1106_Embodiment-Forschungsbericht.pdf)
- (10) Reiter, Theil, S. (1988). Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg