

# INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

## Innovation und Integration im Feld der Psychotherapie

**Thomas Heidenreich, Johannes Michalak,** Die "dritte Welle" der Psychotherapie

**Bernd Bösel,** Die therapeutische Kraft des Lachens. Michail Bachtins fröhliche Sprachphilosophie - Integrativtherapeutische Konnektivierungen

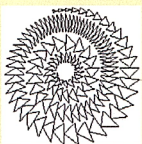
**Bernhard Neuenschwander,** Mystik in der Lebenskunst. Ein Weg der Integration

**Max Leibetseder, Alexander Fink,** Skinner und das Unbewusste – oder: Eine sprachanalytische Operationalisierung des Klärungskonzeptes von Grawe

**Klara Kreidner-Salahshour,** Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer Prozess – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung

**Hilarion G. Petzold,** Naturtherapie in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie – ein „Bündel“ tiergestützter, garten- und landschaftstherapeutischer Interventionen

**Petzold, Orth, Seiper,** Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013



## Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie<sup>1</sup>

### Einführung

„Ein Gespenst geht um in der Verhaltenstherapie – das Gespenst der dritten Welle“ – diese Reminiszenz an das Kommunistische Manifest von *Karl Marx* und *Friedrich Engels* charakterisiert die aktuelle Situation in der Verhaltenstherapie: Auf der einen Seite finden sich Kolleginnen und Kollegen, die mit diesem Begriff wesentliche Neuerungen der Verhaltenstherapie in den zurückliegenden 20 Jahren verbinden, etwa eine stärkere Betonung von Achtsamkeit, Akzeptanz und Wertebezug oder auch den stärkeren Einbezug interpersoneller Aspekte in die Therapie – auf der anderen Seite finden sich Kolleginnen und Kollegen, die zwar eine Erweiterung des kognitiv-behavioralen Methodenspektrums in den zurückliegenden Jahren einräumen, die Veränderungen jedoch nicht als so grundlegend einschätzen, dass der Begriff „dritte Welle“ gerechtfertigt erscheint. In diesem Beitrag wollen wir zunächst kurz die Geschichte der Verhaltenstherapie nachzeichnen und die erste (behaviorale) und zweite (kognitive bzw. kognitiv-behaviorale) Welle der Verhaltenstherapie kurz darstellen. Im Anschluss daran werden Neuerungen der Verhaltenstherapie vorgestellt, die oft unter der Bezeichnung „dritte Welle“ zusammengefasst werden. Abschließend werden einzelne Ansätze der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie exemplarisch vorgestellt und in einem Ausblick mögliche weitere Entwicklungen erörtert.

### Historische Entwicklung der Verhaltenstherapie

Es ist kaum möglich, den Beginn der Verhaltenstherapie an einem einzelnen Datum festzumachen: Unbestritten ist, dass sich die frühe Verhaltenstherapie aus den lerntheoretischen Ansätzen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelt hat. Während in den frühen Jahren (und Jahrzehnten) ein klarer Bezug auf die Lerntheorien (insbesondere klassische und operante Konditionierung sowie später die kognitiven Lerntheorien) zu beobachten war, wurden im Laufe der Zeit eine Vielzahl weiterer Elemente und Theorien in die Verhaltenstherapie integriert.

Die initiale Betonung der Lerngesetze und die Betonung des Bezugs zur empirischen Psychologie waren in der frühen Verhaltenstherapie mit einer starken Abgrenzung gegenüber anderen, insbesondere tiefenpsychologisch fundierten Ansätzen verbunden: in dieser Zeit finden sich regelhaft teils heftige Auseinandersetzungen zwischen VerhaltenstherapeutInnen und VertreterInnen anderer Schulen – die gegenseitigen Vorwürfe reichten dabei von „Unwissenschaftlichkeit“ bis „unzulässig reduktionis-

---

<sup>1</sup> Der Text basiert auf einzelnen Kapiteln von: *Heidenreich, T., Michalak, J.* (Hg.) (2013). Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz. Mit freundlicher Genehmigung des Beltz-Verlages.

tisch“ und gipfelten teils im Vorwurf einer „Rattenpsychologie“, die auf Menschen angewandt nur unmenschlich sein könne. Im Laufe der Jahrzehnte wurden dann auch zunehmend kognitive Therapiestrategien in die Behandlung aufgenommen: Aktuell werden die Begriffe „Verhaltenstherapie“ und „Kognitive Verhaltenstherapie“ fast synonym verwendet. In den letzten 20 Jahren ergaben sich Neuerungen, die mit dem Begriff ‚kognitiv-behavioral‘ nicht wirklich gut beschrieben werden können – obwohl auch diese Ansätze in der behavioralen und kognitiven Tradition der Verhaltenstherapie wurzeln, beinhalten sie Neuerungen wie „Achtsamkeit“, „Akzeptanz“, „Schemata“ etc.. Hayes (2004) beschreibt diese Entwicklung der Verhaltenstherapie im Sinne von drei Phasen oder Wellen (vgl. auch Hayes, Villatte et al. 2011; Heidenreich, Michalak et al. 2007; Kahl, Winter et al. 2012). Im Folgenden sollen diese Phasen der Verhaltenstherapie kurz vorgestellt werden.

### **Behaviorale Phase**

Als frühe Vertreter der Verhaltenstherapie sind zweifellos *Wolpe* (insbesondere „Psychotherapy by reciprocal inhibition“, *Wolpe* 1958) und *Mowrer* zu nennen (*Mowrer, Lamoreaux* 1942). Als Bezugswissenschaften fungierten die Naturwissenschaften, dementsprechend waren zentrale Begriffe Objektivität, quantitative Analyse und Replizierbarkeit, Bezüge zu klassischen geisteswissenschaftlichen Perspektiven und Methoden waren demgegenüber deutlich geringer ausgeprägt:

„Die frühe VT zeichnete sich dadurch aus, dass von Beginn an die Entwicklung theoretischer Konstrukte und Modelle und deren Umsetzung in therapeutische Interventionen auf einer wissenschaftlich zufriedenstellenden empirischen Grundlage erfolgen sollte. Der Ausgangspunkt der Entstehung der VT liegt dabei in der Anwendung von Prinzipien der experimentellen Psychologie (Lerntheorien) auf Verhaltensprobleme allgemein und klinische Störungen im speziellen“ (*Heidenreich, Michalak* et al. 2007, 2).

Sowohl auf theoretischer als auch auf therapeutischer Ebene zeigte sich, dass die lerntheoretische Sichtweise in einzelnen Bereichen sehr wirksam war: Die Behandlung von Angststörungen durch Konfrontationsverfahren revolutionierte die Behandlung dieser Störungen – heftige Auseinandersetzungen mit VertreterInnen anderer Therapieorientierungen ergaben sich unter anderem in der Fokussierung der Verhaltenstherapie auf die Symptomreduktion: Hier wurde argumentiert, dass die reine „Eliminierung“ von Symptomen zu einer „Symptomverschiebung“ führen müsse, da der zugrundeliegende Konflikt ja nicht gelöst worden sei - eine Annahme für die sich allerdings bis heute keinerlei empirische Evidenz finden ließ.

Eine große Bedeutung kam in der frühen Phase (und auch heute noch) der konkreten Analyse des offen beobachtbaren Verhaltens zu: Die genaue und konkrete Beschreibung von Verhalten in einzelnen Situationen auf den Ebenen Motorik, Kognitionen und physiologische Reaktionen wurde und wird als Basis für die Veränderung

des Verhaltens verstanden („behavior modification“). Dennoch zeigte sich analog zu Entwicklungen in der allgemeinen Psychologie eine zunehmende Unzufriedenheit mit einer rein lerntheoretischen Konzeption menschlichen Erlebens und Verhaltens: Im Rahmen der „kognitive Wende“ der Verhaltenstherapie ergaben sich teils erhebliche Veränderungen sowohl in den theoretischen Annahmen als auch im therapeutischen Vorgehen.

### **Die kognitive bzw. kognitiv-behaviorale Phase**

Die Berücksichtigung kognitiver Elemente ist untrennbar mit den Namen *Aaron T. Beck* und *Albert Ellis* verbunden: Beide hatten zunächst tiefenpsychologisch fundierte Ausbildungen durchlaufen, waren jedoch mit den entsprechenden therapeutischen Vorgehensweisen und den Effekten der klassisch tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen nicht zufrieden. In Abgrenzung zu klassischen lerntheoretischen Ansätzen betonten sie, dass kognitive Prozesse (z.B. Gedanken, Überzeugungen) eine wichtige Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen (*Heidenreich, Michalak et al. 2007*). Zentrale Interventionen im Rahmen kognitiv-behavioraler Interventionen sind beispielsweise kognitive Umstrukturierung (z.B. mittels „sokratischem Dialog“) sowie Verhaltensexperimente, bei denen dysfunktionale Überzeugungen überprüft werden. Im weiteren Verlauf der 1970er und 1980er Jahre nahm die Bedeutung kognitiver Faktoren in der Verhaltenstherapie weiterhin zu. Parallel dazu etablierte sich zunehmend eine störungsspezifische Betrachtungsweise, die die Entstehung und Aufrechterhaltung einzelner Störungen und jeweils darauf zugeschnittene Behandlungsansätze in den Vordergrund stellte. Behaviorale Therapieelemente spielten jedoch weiterhin – und durchgängig – eine bedeutsame Rolle: In der Behandlung der Depression beispielsweise wurde weiterhin viel Wert auf den Aufbau positiven Verhaltens gelegt, und in der Angstbehandlung hatten Konfrontationsverfahren auch weiterhin einen zentralen Stellenwert.

Die kognitive Verhaltenstherapie verfügt mittlerweile über ein breites empirisches Fundament, Wirksamkeitsstudien liegen dabei für eine breite Palette von Störungen vor (von Trainings für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenzen über die Behandlung substanzbezogener Störungen bis zu Rückfallpräventionsprogrammen bei Schizophrenie, erfolgreiche Behandlungsprogramme bei affektiven Störungen, Angststörungen und somatoformen Störungen). Angesichts dieser Erfolge erscheint es erst einmal verblüffend zu sehen, dass seit ca. 20 Jahren weitere Neuentwicklungen zu verzeichnen sind, die andere Schwerpunkte setzen.

### **Neue Entwicklungen seit den 1990er Jahren**

Während auf der einen Seite wie oben dargelegt die empirische Fundierung kognitiv-behavioraler Ansätze kontinuierlich zunahm und erweitert wurde, zeigte sich spätestens zu Beginn der 1990er Jahre, dass nicht alle Menschen mit den zur Verfügung

stehenden Methoden hinreichend unterstützt werden konnten: *Young* (1990) etwa stellte fest, dass die Kriterien für eine erfolgreiche Durchführung kognitiv-behavioraler Therapien sehr eng gefasst sind: Insbesondere Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind häufig nicht der Lage (oder nicht willens), an entsprechenden Programmen teilzunehmen – *Young* reagierte darauf, indem er in seine Behandlung psychodynamische und interpersonelle Elemente integrierte. Den so entstandenen Ansatz nannte er „Schematherapie“. Auch *Marsha Linehan* machte mit suizidalen Borderline-Patientinnen die Erfahrung, dass eine kognitiv-behaviorale Standardbehandlung für diese Population nicht aussichtsreich ist: Statt der lerntheoretisch zu erwartenden Verhaltensmodifikation zeigten sich häufig irritierende Verhaltensweisen wie eine Zunahme der Suizidalität. Deutliche Verbesserungen ergaben sich erst, als *Linehan* (1993) zusätzlich zu den kognitiv-behavioralen Elementen auch Achtsamkeit und Akzeptanz in die Behandlungen integrierte – fortan galt die „Validierung“ (d.h. das uneingeschränkte Annehmen der PatientInnen) als zentrales Behandlungselement. Auch *Steve Hayes* und seine Kollegen betonen neben der Veränderung (die sozusagen das traditionelle Kernstück verhaltenstherapeutischer Interventionen darstellt) die wichtige Rolle der Akzeptanz: Die „Akzeptanz- und Commitment Therapie“ (ACT) integriert diese beiden zentralen Elemente, indem die Patienten lernen, auch unangenehme und schmerzhaft gefühlte Gefühle anzunehmen, statt sie zu vermeiden (emotional avoidance). Darüber hinaus wird der Herausarbeitung und Unterstützung der persönlichen Werte von Patienten eine große Rolle beigemessen.

### **Kontroversen um den Begriff der „Dritten Welle“**

Die neuen Entwicklungen innerhalb der Kognitiven Verhaltenstherapie werden aktuell unterschiedlich bewertet: Während *Steve Hayes* (2004), auf den die Verwendung des Begriffes „Dritte Welle“ zurückgeht, von einer grundsätzlichen Änderung zentraler Orientierungen in der Verhaltenstherapie ausgeht, räumen andere KollegInnen wie beispielsweise *Hofmann* (z.B. *Hofmann, Asmundson* 2008) ein, dass im Laufe der letzten 20 Jahre einige Neuentwicklungen die Kognitive Verhaltenstherapie bereichern, die Ergänzungen und Änderungen jedoch nicht so gravierend seien, dass von einer „neuen Welle“ gesprochen werden sollte. Zudem seien die Neuentwicklungen zu heterogen (vgl. die oben bereits erwähnten Ansätze Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), Schematherapie, Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie; sowie die bisher noch nicht erwähnten Cognitive Behavioral System of Psychotherapy (CBASP), Behavioral Activation etc., um sie mit einem einheitlichen Label gut abbilden zu können.

Insgesamt gehen wir davon aus, dass unabhängig von der Frage, ob die neuen Ansätze einen Paradigmenwechsel darstellen oder eher eine Evolution der Verhaltenstherapie, die unter dem Begriff der „dritten Welle“ zusammengefassten Verfahren wesentliche Neuerungen und Änderungen mit sich bringen (z.B. eine stärkere Be-

tonung kontextueller und experientieller Aspekte). Wir werden im Folgenden einen Überblick zu den Ansätzen geben, die unter der Bezeichnung „dritte Welle“ gefasst werden.

### **Einzelne Ansätze der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie**

Aufgrund der kontroversen Einschätzung, ob eine „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie existiert und welche Ansätze unter diesem Begriff zu subsumieren sind, kann die hier vorgelegte Übersicht weder Anspruch auf Vollständigkeit erheben noch dürfte sie innerhalb der Verhaltenstherapie unumstritten sein – unser Ziel besteht somit eher darin, wichtige Neuerungen darzustellen und sie in Ansätzen vergleichend zu diskutieren. Da eine Systematik nur schwer durchzuhalten wäre, werden wir in Anlehnung an das Herausgeberwerk von *Heidenreich* und *Michalak* (2013) eine alphabetische Darstellung wählen.

Eine erste Annäherung an die Ansätze der „dritten Welle“ bietet die Überlegung, welche Neuerungen gegenüber der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie zu verzeichnen sind. Eine grobe Übersicht zu dieser Frage findet sich in Tabelle 1 – zunächst fällt auf, dass von den genannten Neuerungen keine vollständig „neu“ ist: So finden sich Anleihen an Jahrtausende alte Meditationstraditionen („Achtsamkeit“), Übernahmen aus psychodynamischen Ansätzen („Übertragung“) und Schwerpunkte, die zunächst eher mit logotherapeutischen Inhalten assoziiert wurden („Werte“). Neu ist allerdings, dass diese Inhalte in verhaltenstherapeutischer Tradition im Rahmen von strukturierten Behandlungsansätzen (in der Regel mit klaren Handouts, Sitzungsplänen etc.) zum Einsatz kommen. Im Folgenden werden wir einzelne Ansätze der „dritten Welle“ exemplarisch etwas näher vorstellen, um einen Eindruck der Änderungen und Neuerungen, die mit ihnen einhergehen, zu vermitteln.

**Tabelle 1:** Ansätze der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie und Neuerungen gegenüber kognitiv-behavioraler Standardtherapie (mit freundlicher Genehmigung des Beltz-Verlages übernommen aus *Heidenreich, Michalak* 2013, 17)

Methode	Neuerungen gegenüber kognitiv-behavioralen Ansätzen
Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT)	Achtsamkeit, Akzeptanz, Wertebezug
Behavioral Activation	Akzeptanz, Wertebezug
Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy	Übertragung
Compassion Focused Therapy	Mitgefühl mit sich selbst, Achtsamkeit
Dialektisch-Behaviorale Therapie	Achtsamkeit, Akzeptanz
Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Posttraumatischen Belastungsstörungen	Achtsamkeit, Akzeptanz
Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie	Achtsamkeit
Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention	Achtsamkeit
Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion	Achtsamkeit
Metakognitive Therapie	Metakognitive Fertigkeiten (z. B. Aufmerksamkeitslenkung)
Schematherapie	Achtsamkeit, Schemamodell
Training emotionaler Kompetenzen	Achtsamkeit
Well-Being Therapy	Langfristige Steigerung des Wohlbefindens

Die **Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT)** von *Hayes, Strosahl* und *Wilson* (1999) ist ein störungsübergreifender Ansatz, in dessen Zentrum einerseits die Vermittlung von Achtsamkeit und Akzeptanz und auf der anderen Seite die Entdeckung und Entwicklung persönlicher Werte im Zentrum steht. ACT wurde auf dem Hintergrund klassischer lerntheoretischer Ansätze entwickelt – dies wurde im Rahmen der sogenannten „Relational Frame Theory“ jedoch weiterentwickelt, um der Komplexität der menschlichen Sprache und des menschlichen Denkens gerecht zu werden (*Sonntag* 2013). Eine zentrale Aussage der RFT besteht darin, dass die menschliche Sprache gewissermaßen janusköpfig ist: Einerseits ermöglicht sie effektive Kommunikation, andererseits zeigen sich gerade im Umgang mit inneren Erlebnissen häufig Schwierigkeiten (etwa wenn wir abstrakten Regeln den Vorzug vor konkreten Erlebnissen geben). Ein weiterer zentraler Begriff ist die Erfahrungsvermeidung („experiential avoidance“), von der angenommen wird, dass sie eine wichtige Wurzel einer Vielzahl psychischer Störungen ist. ACT strebt an, die Erfahrungsvermeidung durch eine offene Haltung gegenüber inneren Erlebnissen (Gedanken, Gefühlen, Körperempfindungen) zu ersetzen. Hierzu werden Prinzipien wie Achtsamkeit, Diffusion (Entidentifizierung mit Gedanken) und Akzeptanz eingesetzt. Einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung bildet die Arbeit mit Werten

und auf diese Werte bezogenen Zielen. Patienten sollen zunehmend in die Lage versetzt werden, aus dem Kreisen um die Vermeidung innerer Erfahrungen herauszukommen und wieder das in ihrem Leben zu machen, was für sie bedeutsam und sinnstiftend ist.

Im Gegensatz zu ACT ist die **Behavioral Activation (BA)**, *Martell, Dimidjan et al. (2010)* störungsspezifisch konzipiert: Es handelt sich um ein Behandlungsprogramm für Menschen mit akuten depressiven Episoden. Auf den ersten Blick wirkt die Behandlung aus verhaltenstherapeutischer Sicht geradezu „klassisch“: Aufbau positiven Verhaltens stand bereits in den ersten verhaltenstherapeutischen Ansätzen von *Lewinsohn* und Kollegen im Zentrum und blieb auch nach der „kognitiven Wende“, als neue Interventionen wie kognitive Umstrukturierung etc. hinzukamen, noch aktuell. Die spezifische Neuerung von BA besteht nun darin, den Schwerpunkt des Verhaltensaufbaus nicht auf angenehme Aktivitäten, sondern auf wertbesetzte Aktivitäten zu setzen: Es wird demnach mit Patienten erarbeitet, welche Aktivitäten sie als sinnhaft erleben (bzw. erlebt haben, bevor die Depression einsetzte). Eine aktuelle Übersicht zu BA findet sich bei *Sipos und Schweiger (2013)*.

Einen stärker interpersonellen Ansatz verfolgt das spezifisch für Menschen mit chronischer Depression entwickelte **Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)**: Dieses wurde von *McCullough (2010)* entwickelt, der neben klassischen kognitiv-behavioralen Elementen auch psychodynamische und interpersonelle Aspekte, insbesondere Übertragungsphänomene, in die Behandlung mit einbezieht. Der wichtigste Ansatzpunkt *McCulloughs* besteht in der Annahme, dass Menschen mit chronischer Depression im Vergleich zu Menschen, die unter kürzeren depressiven Episoden leiden, einige Besonderheiten (insbesondere ein Denken aufweisen, das analog *Piaget* als „präoperatorisch“ bezeichnet werden kann) – aus diesen Besonderheiten folgt, dass das Durchbrechen der chronisch depressiven Muster nicht ausschließlich auf rationalem Weg erfolgen kann, da die Patienten dafür nicht zugänglich sind. Als Wurzel dieser Schwierigkeiten werden traumatische Erlebnisse in der Kindheit, insbesondere in der Interaktion mit engen Bezugspersonen, angenommen. Im deutschsprachigen Raum finden sich zusammenfassende Darstellungen zu CBASP bei *Schramm, Schweiger, Hohagen und Berger (2006)* sowie *Brakemaier (2013)*.

Eine Reihe weiterer Ansätze der „dritten Welle“ integrieren Elemente aus meditativen Traditionen: Die von *Gilbert (2010)* entwickelte **Compassion Focused Therapy (CFT)** legt den Schwerpunkt auf die Entwicklung von Mitgefühl mit sich selbst. Diese self-compassion darf nicht mit Selbstmitleid verwechselt werden, sondern es geht darum, Menschen einen hilfreichen Umgang mit Schamgefühlen zu ermöglichen – diese werden durch belastende Lebenserfahrungen mit einer Vielzahl von Erlebnissen assoziiert. Wichtige Grundlagen der CFT bilden neurophysiologische und emotionstheoretische sowie bindungstheoretische Ansätze. Selbst-Mitgefühl



wird dabei unter anderem in Übungen entwickelt, die der buddhistischen „Metta“-Meditation nahestehen. Einen Überblick liefern *Winter, Braehler und Gilbert* (2013).

Eine der bekanntesten Neuentwicklungen, die ebenfalls häufig der „dritten Welle“ zugeordnet wird, ist die **Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)** von *Linehan* (1993). DBT wurde spezifisch zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt und integriert klassische veränderungsorientierte behaviorale Therapiestrategien mit akzeptanzorientierten Methoden. Die Behandlung findet in unterschiedlichen Settings statt: Die Einzeltherapie dient der Bearbeitung akuter Krisen und therapiegefährdender Verhaltensweisen sowie traumatischer Erlebnisse, während die Gruppentherapie das Erlernen neuer Fertigkeiten (Skills Training) zum Ziel hat. Zu erlernende Skills sind innere Achtsamkeit, zwischenmenschliche Fähigkeiten, Emotionsregulation und Stresstoleranz (vgl. *Bohus, Steil et al.* 2013).

Während Achtsamkeit in der DBT in zeitlich relativ kurzen Einheiten implementiert wird, stellt sie das zentrale Behandlungsprinzip der sogenannten achtsamkeitsbasierten Verfahren dar: Diese vermitteln Achtsamkeit (im Sinne der Aufmerksamkeitslenkung auf den gegenwärtigen Moment mit einer nicht-wertenden Haltung) in teilweise relativ langen (bis zu 45 Minuten dauernden) formellen Meditationsübungen wie Body Scan (die Aufmerksamkeit wird durch den Körper gelenkt und alle Empfindungen an den jeweils im Fokus stehenden Körperstellen werden registriert), Atemmeditation und Hatha-Yoga. Achtsamkeitsbasierte Ansätze lassen sich auf die Pionierarbeit von *Jon Kabat-Zinn* (1990) zurückführen, der auf der Basis eigener Meditationserfahrungen das „**Mindfulness-based stress reduction**“-Programm (**MBSR**) entwickelte. MBSR wurde als komplementärmedizinisches Programm für Patienten entwickelt, denen mittels medizinischer Routinebehandlung nicht hinreichend geholfen werden konnte – der Indikationsbereich ist dementsprechend breit und reicht von Anpassungsproblemen an schwere körperliche Erkrankungen (etwa HIV-Infektionen oder Krebs) bis hin zur Behandlung von Angst und depressiven Störungen. MBSR ist als Gruppenprogramm konzipiert, bei dem bis zu 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer intensiv gemeinsam Achtsamkeit üben. Neben der Einübung von Achtsamkeit werden auch Grundlagen von Stresserleben und Stressbewältigung geschult (vgl. *Lehrhaupt, Meibert* 2010). Die Behandlung umfasst insgesamt acht Gruppensitzungen, die in wöchentlichem Abstand stattfinden und die zwischen zweieinhalb und drei Stunden dauern. Zusätzlich findet ein „Tag der Achtsamkeit“ statt, bei dem die Teilnehmer einen Tag schweigend gemeinsam üben. Neben der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion spielten aktuelle kognitive Theorien eine bedeutsame Rolle für die Entwicklung der **Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (MBCT)** zur Rückfallprävention bei rezidivierenden depressiven Störungen zum. *Segal, Williams und Teasdale* (2002) stießen in ihren Forschungen zu einer wirksamen Rückfallprävention bei Depression auf das mögliche Potential von Achtsamkeit: Im Laufe der Entwicklung rezidivierender depressi-

ver Störungen zeigt sich eine zunehmende Automatisierung depressiver Rückfälle – im Gegensatz zu den klassischen Annahmen von *Beck* scheinen jedoch überdauernde negative kognitive Muster eine untergeordnete Rolle zu spielen – sehr bedeutsam ist jedoch das Prinzip der „differentiellen Aktivierung“, wonach dysfunktionale kognitive Muster durch moderat gedrückte Stimmung aktiviert werden. MBCT integriert Achtsamkeit mit kognitiv-behavioralen Elementen wie Psychoedukation und dem Aufbau positiver Aktivitäten. Die wesentliche in MBCT vermittelte Fertigkeit besteht darin, in rückfallgefährdeten Situationen die problematischen Abläufe bewusst zu erleben und damit die Fertigkeit zu erlangen, aus ihnen auszusteigen. Der formale Aufbau der Behandlung sowie die vermittelten Achtsamkeitsübungen entsprechen dabei fast vollständig der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (vgl. *Michalak, Heidenreich et al.* 2012). Als weiteres achtsamkeitsbasiertes Verfahren wurde in den letzten Jahren die **Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (MBRP)** für die Prävention von Rückfällen im Suchtbereich von der Arbeitsgruppe um *Alan Marlatt* entwickelt (*Bowen, Chawla et al.* 2011). MBRP baut sowohl auf MBSR als auch auf MBCT auf und vermittelt neben Achtsamkeit insbesondere Grundlagen des sozial-kognitiven Rückfallmodells von *Marlatt*. Die Patienten werden angehalten, sich auch mit unangenehmen Gefühlen wie Craving „anzufreunden“ und so dysfunktionalen Entwicklungen im Rahmen von Rückfällen vorzubeugen. MBRP integrierte darüber hinaus auch Elemente der Metta (liebvolle Güte)-Meditation und verschiedene Metaphern.

Die von *Young* (1990, *Young, Klosko et al.* 2005) entwickelte **Schematherapie** integriert kognitive, behaviorale, interpersonelle und emotionsfokussierte Behandlungselemente und wird insbesondere in der Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen eingesetzt.

Andere Neuentwicklungen der Verhaltenstherapie setzen jeweils weitere Schwerpunkte: So besteht das wesentliche Ziel der von *Wells* (2009) entwickelten **Metakognitiven Therapie (MCT)** darin, die metakognitiven Fähigkeiten (z.B. den willkürlichen Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus) von Patienten zu unterstützen. Das von *Berking* (2010) entwickelte **Training emotionaler Kompetenzen (TEK)** vermittelt grundsätzliche Informationen zu Emotionen und deren Regulation mittels unterschiedlicher Strategien wie z.B. Entspannungstechniken, Achtsamkeit, Akzeptanz und Selbstunterstützung. Schließlich legt die von *Fava* (1999) entwickelte **Well-Being Therapy** den Schwerpunkt auf die langfristige Steigerung des Wohlbefindens als Intervention bei rezidivierender Depression.

## Ausblick

Die Darstellung der einzelnen Ansätze dürfte verdeutlicht haben, dass die unter dem Begriff „dritte Welle“ zusammengefassten Ansätze unterschiedliche Schwerpunkte aufweisen. Neben der Integration von Elementen wie Achtsamkeit und Mitgefühl

mit sich selbst stehen dabei die Emotionsregulation, der Bezug auf Werte und interpersonelle Aspekte häufig im Zentrum der Behandlung. Innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie wird am Begriff „dritte Welle“ häufig kritisiert, dass die Elemente durchaus auch in früheren Ansätzen schon vertreten sind – so lässt sich die klassische Konfrontationsbehandlung bei Angststörungen durchaus im Sinne einer Achtsamkeitsinstruktion verstehen und auch *Kanfer, Reinecker* und *Schmelzer* (2012) räumten der Ziel- und Wertklärung eine wichtige Bedeutung im Rahmen der Selbstmanagement-Therapie ein. Auch aus der Perspektive anderer Therapieverfahren werden die Entwicklungen der „dritten Welle“ teilweise kritisch gesehen: Akzeptanz, die Orientierung am Hier-und-Jetzt und interpersonelle Aspekte spielen seit langem eine wichtige Rolle in Ansätzen wie der personenzentrierten Therapie, der Gestalttherapie und in verschiedenen psychodynamischen und körperorientierten Verfahren. Dennoch handelt es sich aus unserer Sicht mit den Neuentwicklungen der Verhaltenstherapie nicht ausschließlich um die (gelegentlich als „anrücklich“ empfundene Übernahme) von Elementen aus anderen Therapieformen, sondern diese werden in der Tradition der Verhaltenstherapie in der Regel pragmatisch und „manualisiert“ integriert (etwa die Einübung von Achtsamkeit in MBSR, MBCT und MBRP, die mittels Handouts und CD's unterstützt wird. Nichtsdestotrotz verdanken die neuen Ansätze anderen therapeutischen Traditionen eine Menge.

Aktuell ist schwer einschätzbar, welche Rolle die Ansätze der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie in Zukunft spielen werden: Insbesondere in Deutschland sind die meisten Forschungsarbeiten weiterhin in klassischen kognitiv-behavioralen Traditionen verankert. Von Seiten klinisch tätiger KollegInnen und von WeiterbildungsteilnehmerInnen zeigt sich vielfach ein großes Interesse an den neuen Ansätzen und ein Interesse, die entsprechenden Neuerungen in der Behandlung umzusetzen. Aus unserer Sicht eröffnen die neuen Ansätze interessante Perspektiven für die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Ansätze insgesamt: So ergeben sich interessante und potentiell befruchtende Schnittpunkte zu anderen Therapieformen.

### **Zusammenfassung: Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie**

Der Artikel stellt aktuelle Entwicklungen der Verhaltenstherapie vor, die häufig unter der Bezeichnung „dritte Welle“ zusammengefasst werden. Auch wenn der Begriff nicht unumstritten ist, zeigen sich in den zurückliegenden 20 Jahren wichtige Weiterentwicklungen der (kognitiven) Verhaltenstherapie, die sich nicht ausreichend mit klassischen kognitiven und behavioralen Konzepten fassen lassen – etwa Achtsamkeit, Akzeptanz, Wertebezug, Selbst-Mitgefühl und Übertragungsphänomene. Die historische Entwicklung der Verhaltenstherapie wird kurz vorgestellt, im Anschluss daran werden einzelne Ansätze der „dritten Welle“ vorgestellt, bevor in einem Ausblick auf potentielle neue Entwicklungen eingegangen wird.

**Schlüsselwörter:** Dritte Welle, Verhaltenstherapie, Achtsamkeit, Wertebezug, Akzeptanz

### Summary: The “third wave” of behavior therapy

The paper presents current developments in behavior therapy that are summarized under the term “third wave“. Although this term is not universally accepted, during the last 20 years some important developments in (cognitive) behavior therapy occurred that cannot be understood in classical behavioral and cognitive concepts – e.g. mindfulness, acceptance, values, self-compassion and transference. The historical development of behavior therapy is presented briefly – after this some approaches of the “third wave” are introduced. The paper finishes with an outlook on possible new developments.

**Keywords:** Third Wave, Behavior Therapy, Mindfulness, Values, Acceptance

### Literatur

- Berking, M. (2010, 2. Auflage): Training emotionaler Kompetenzen. Heidelberg: Springer.
- Bobus, M., Steil, R., Stiglmayr, C. (2013): Dialektisch-behaviorale Therapie. In: Heidenreich, T., Michalak, J. (Hg.): Die “dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 102-120.
- Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G. (2011): Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician’s guide. New York: Guilford Press.
- Brakemaier, E.-L. (2013): Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy. In: Heidenreich, T., Michalak, J. (Hg.): Die “dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 57-78.
- Fava, G.A. (1999): Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171–179.
- Gilbert, P. (2010): Compassion-focused Therapy: Distinctive Features (CBT Distinctive Features). London: Routledge.
- Hayes, S.C. (2004): Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (1999): Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M., Hildebrandt, M. (2011): Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141–168.
- Heidenreich, T., Michalak, J. (Hg.) (2013): Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.
- Heidenreich, T., Michalak, J., Eifert, G. (2007): Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 475–486.
- Hofmann, S.G., Asmundson, G.J. (2008): Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Reviews*, 28, 1–16.
- Kabat-Zinn, J. (1990): Full Catastrophe Living. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc.
- Kahl, K.G., Winter, L., Schweiger, U. (2012): The third wave of cognitive behavioural therapies: What is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25, 522–528.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012): Selbst-Management-Therapie. Berlin: Springer.
- Lehrhaupt L., Meibert, P. (2010): Stress bewältigen mit Achtsamkeit. Zu innerer Ruhe kommen mit MBSR. München: Kösel.
- Linehan M.M. (1993): Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Martell, C.R., Dimidjian, S., Herman-Dunn, R. (2010): Behavioral activation for depression. New York: Guilford.

- McCullough, J.P.* (2000): Treatment of chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Williams, J.M.G.* (2012): Achtsamkeit. (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 48). Göttingen: Hogrefe.
- Mowrer, O.H., Lamoreaux, R.R.* (1942): Avoidance conditioning and signal duration – A study of secondary motivation and reward. *Psychological Monographs*, 54, 4 (whole No. 27).
- Schramm, E., Schweiger, U., Hohagen, F., Berger, M.* (2006): Psychotherapie für chronische Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) von James P. McCullough. München: Elsevier.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D.* (2002): Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. Guilford: New York.
- Sipos, V., Schweiger, U.* (2013): Behavioral Activation. In: *Heidenreich, T., Michalak, J.* (Hg.): Die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 41-56.
- Sonntag, R.F.* (2013): Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). In: *Heidenreich, T., Michalak, J.* (Hg.): Die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 20-40.
- Wells, A.* (2009): Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford press.
- Winter, H., Brähler, C., Gilbert, P.* (2013): Compassion Focused Therapy In: *Heidenreich, T., Michalak, J.* (Hg.): Die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 79-101.
- Wolpe, J.* (1958): Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press.
- Young, J.E.* (1990): Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach. Sarasota: Professional Resources Press.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E.* (2005): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Thomas Heidenreich  
Prodekan  
Psychologie für Soziale Arbeit und Pflege  
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege  
Hochschule Esslingen

Flandernstraße 101  
73732 Esslingen  
Deutschland

**Telefon:** +49(0)711 397-4586

**E-Mail-Adresse:** [thomas.Heidenreich@hs-esslingen.de](mailto:thomas.Heidenreich@hs-esslingen.de)

Prof. Dr. Johannes Michalak  
University of Hildesheim  
Dept. of Clinical Psychology

Marienburger Platz 22D  
31141 Hildesheim  
Deutschland

**Telefon:** +49 (0)5121- 883 326

**E-Mail-Adresse:** [johannes.michalak@uni-hildesheim.de](mailto:johannes.michalak@uni-hildesheim.de)