

## Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie – Überlegenheit im Vergleich mit klassischer kognitiver Verhaltenstherapie?

Ulrich Voderholzer

Psychosomatik, Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland

Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie mit ihren verschiedenen Ansätzen erfreut sich nach wie vor allergrößter Beliebtheit und ruft großes Interesse hervor, wenn es um Fortbildungen, Workshops, Kongressthemen und auch neue wissenschaftliche Studien geht. Zur Dritten Welle werden Therapien wie MBSR (mindfulness-based stress reduction), MBCT (mindfulness-based cognitive therapy), dialektisch behaviorale Therapie (DBT), ACT (Akzeptanz- und Commitment-Therapie), CFT (compassion-focussed therapy) und andere gerechnet. Es gibt viele Überlappungen und Ähnlichkeiten, ein gemeinsamer Nenner liegt in dem stärkeren Focus auf Emotionsregulation und – das gilt zumindest für MBSR, MBCT und ACT – in der Akzeptanz negativer Gedanken und Gefühle anstelle deren Veränderung bzw. Umstrukturierung.

Wer heute eine Veranstaltung plant und Workshops anbietet, wird bei einem Workshop über ein Dritte-Welle-Verfahren in der Regel ausgebucht sein oder einen vollen Raum haben. Würde er dagegen anbieten: “Die kognitive Verhaltenstherapie der Depression”, der “Angststörungen oder Zwangsstörungen”, würde das kaum auf vergleichbares Interesse stoßen. Man kann hier natürlich sagen: Das lernt man ja ohnehin sehr gut in der VT-Ausbildung.

Wie sieht es 2019 mit der wissenschaftlichen Fundierung der Dritte-Welle-Verfahren aus? Sind solche Verfahren wirksamer als “klassische” kognitive Verhaltenstherapie (KVT)? Sind sie als ergänzende Verfahren oder Techniken in Kombination mit Standardtherapie mit einem besseren Outcome verbunden? Die Frage ist außerordentlich wichtig, denn einer der größten Fortschritte in der Psychotherapie war sicherlich die wissenschaft-

liche Fundierung, d.h. das Einfordern empirischer Evidenz, welches sehr gut im Titel des Buches von Grawe und Mitarbeitern: “Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession” [1994] zum Ausdruck gebracht wurde.

Leider ist Psychotherapieforschung jedoch ein äußerst mühsames Geschäft, zumindest was randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudien betrifft. Wenn man die heute gültigen wissenschaftlichen Maßstäbe anlegt, sind solche sehr, sehr aufwändig und dauern oft viele Jahre und es ist sehr schwierig, dafür Forschungsunterstützung öffentlicher Geldgeber zu finden.

Im vergangenen Jahr sind drei neue Studien mit Dritte-Welle-Verfahren bei Zwangsstörungen erschienen, zwei Studien mit MBCT und eine mit ACT. Keine der Studien konnte zeigen, dass der Einsatz dieser Verfahren einer klassischen KVT mit Exposition überlegen ist oder einen signifikanten Zusatznutzen im Vergleich zu einer unspezifischen Kontrollgruppe erbringt. In der Studie von Külz und Mitarbeitern [2019] nahmen Patienten im Anschluss an eine stationäre Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie und Exposition an einer Gruppentherapie mit MBCT teil, eine Kontrollgruppe erhielt ein Gruppentherapieprogramm mit Psychoedukation. Das eigentlich sehr schöne und positive Ergebnis der Studie war, dass Patienten mit Zwangsstörungen, die schon von einer intensiven stationären KVT mit Exposition profitiert hatten, sich durch Teilnahme an einer anschließenden Gruppentherapie im Mittel noch weiter stabilisieren und bessern konnten, aber der Mehrwert des Dritte-Welle-Ansatzes wurde (leider) nicht gezeigt. Auch eine Studie von Strauss und Mitarbeitern [2018] aus den USA zeigte in einer Pilotstudie keinen zusätzlichen Effekt

von Exposition mit Reaktionsverhinderung in Kombination mit einer Achtsamkeitsintervention verglichen mit dem Standardvorgehen einer KVT mit Exposition und Reaktionsmanagement bei Zwangsstörungen. Und auch eine Studie mit Akzeptanz- und Commitment-Therapie als Zusatz zu KVT mit Exposition ergab kein unterschiedliches Ergebnis zwischen beiden Gruppen [Twhig et al., 2018].

Alle drei Studien kann man natürlich methodisch in vielen Aspekten diskutieren. Zudem ist es aufgrund des bekannten Dodo-Bird-Verdicts sehr schwierig, Unterschiede zwischen zwei Therapieansätzen hinsichtlich der Wirksamkeit zu belegen. Eine frühere Arbeit von Wampold [2001] kam beispielsweise zu dem Ergebnis, dass nur 1% der Varianz in Therapieergebnissen durch verfahrensspezifische Therapiebestandteile zu erklären ist.

Dennoch bleibt zu konstatieren, dass solche Ergebnisse ein wenig ernüchternd sind, zumal auch keine Trends in den Studien erkennbar waren.

Auch im Falle von Angststörungen zeigen bisherige Forschungsergebnisse gleichwertige oder auch geringere Wirksamkeit von Dritte-Welle-Verfahren gegenüber einer KVT, jedoch keine Überlegenheit dieser Verfahren (Arch et al., 2012; Norton et al., 2015; Smout et al., 2012; Wolitzky-Taylor et al., 2012).

Als Psychiater erinnert diese Situation ein wenig an die aktuelle Situation der Psychopharmakotherapie mit Antidepressiva, bei denen in den 1980er und 1990er Jahren viele neue Substanzen entwickelt wurden und man auch von "Generationen", ein wenig analog zu "Wellen" in der Psychotherapie, spricht, aber leider nicht feststellen kann, dass die neueren Generationen der Antidepressiva schneller oder besser wirksam sind als die erste Generation. Auch ein klein wenig analog zur Situation in der Psychotherapie sind allerdings die Antidepressiva der neuen Generation beliebter und verträglicher (allerdings nur teilweise), als das früher Bewährte. Was die Dritte Welle betrifft, besteht kein Zweifel, dass diese Therapien das Repertoire in der Verhaltenstherapie wesentlich erweitert haben und unsere Therapien weiter verbessern können, auch wenn es an wissenschaftlicher Fundierung für viele dieser Verfahren im Hinblick auf Therapieergebnisse noch sehr mangelt und ein Mehr an Wirksamkeit über die Wirksamkeit kogni-

tiver Verhaltenstherapie hinaus für die überwiegende Mehrzahl der Störungen nicht gezeigt wurde.

Kritisch sind allerdings zwei Aspekte zu sehen, die in der Euphorie der Weiterentwicklung mit all den neuen Ansätzen auf der Strecke bleiben könnten:

Expertise in klassischer KVT und insbesondere der spezifischen KVT-Techniken bei den einzelnen Störungsbildern will auch erst einmal erlernt werden. Allein in der Psychotherapieausbildung wird man noch nicht Experte in den ja heute differenzierten Ansätzen bei den vielen verschiedenen Störungsbildern.

Die eigentliche Herausforderung ist die Versorgungssituation, d.h. der Transfer in die Praxis, bei der sich immer wieder Schwierigkeiten beim Zugang, insbesondere in nicht-städtischen Regionen, zeigen. Darüber hinaus zeigen sich auch Mängel in der Umsetzung klassischer KVT, wie dies in einer Vielzahl von Studien zur Versorgungssituation in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, wiederholt deutlich wird [Moritz et al., 2019; Voderholzer et al., 2015].

Das heißt, das bedeutsamere Problem ist nicht, dass KVT nur begrenzt und nicht bei allen wirkt und wir neue Techniken und Verfahren entwickeln müssen, sondern erstmal, dass das, was wir eigentlich schon lange wissen, in der Praxis auch zum Einsatz kommt. Wiederum Beispiel Angst- und Zwangsstörungen: Expositionsverfahren werden immer noch viel zu selten und zu wenig intensiv eingesetzt wie etwa bei Zwangsstörungen [Voderholzer et al., 2015; Moritz et al., 2019] oder bei Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen [Reid et al., 2017; Whiteside et al., 2016; Schumacher et al., 2018; Wolitzky-Taylor et al., 2019]. Der Transfer evidenzbasierten Wissens in die Praxis und die rasche Verfügbarkeit spezialisierter Therapie bleibt eine der größten Herausforderungen für die Psychotherapie. Auch hier können wir von der Medizin lernen, in der es zwar auch Latenzen gibt zwischen wichtigen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Umsetzung in die Praxis, wo dies offensichtlich schneller zu geschehen scheint, als im Bereich der Psychotherapie. Bei aller Begeisterung für die Dritte Welle und neue Ansätze sollte der Blick auf die eigentlichen Herausforderungen in der Versorgung nicht auf der Strecke bleiben.

## Literatur

Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Plumb Vilardaga JC, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2012 Oct;80(5):750–65.

Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe; 1994.

Külz AK, Landmann S, Cludius B, Rose N, Heidenreich T, Jelinek L, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019 Mar;269(2):223–33.

- Moritz S, Külz A, Voderholzer U, Hillebrand T, McKay D, Jelinek L. "Phobie à deux" and other reasons why clinicians do not apply exposure with response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Ther*. 2019 Mar;48(2):162–76.
- Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *J Clin Psychol*. 2015 Apr;71(4):283–301.
- Reid AM, Bolshakova MI, Guzick AG, Fernandez AG, Striley CW, Geffken GR, et al. Common barriers to the dissemination of exposure therapy for youth with anxiety disorders. *Community Ment Health J*. 2017 May;53(4):432–7.
- Schumacher S, Weiss D, Knaevelsrud C. Dissemination of exposure in the treatment of anxiety disorders and post-traumatic stress disorder among German cognitive behavioural therapists. *Clin Psychol Psychother*. 2018 Nov;25(6):856–64.
- Smout MF, Hayes L, Atkins PW, Klausen J, Duguid JE. The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: an update. *Clin Psychol*. 2012;16(3):97–109.
- Strauss C, Lea L, Hayward M, Forrester E, Leeuwierik T, Jones AM, et al. Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: findings from a pilot randomised controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2018 Jun;57:39–47.
- Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, et al. Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2018 Sep;108:1–9.
- Voderholzer U, Schlegl S, Diedrich A, Külz AK, Thiel N, Hertenstein E, et al. Versorgung Zwangserkrankter mit kognitiver Verhaltenstherapie als Behandlungsmethode erster Wahl. *Verhaltenstherapie*. 2015;25(3):183–90.
- Wampold BE. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. New York: Lawrence Erlbaum; 2001.
- Whiteside SP, Deacon BJ, Benito K, Stewart E. Factors associated with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2016 May;40:29–36.
- Wolitzky-Taylor K, Chung B, Bearman SK, Arch J, Grossman J, Fenwick K, et al. Stakeholder perceptions of the barriers to receiving and delivering exposure-based cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in adult community mental health settings. *Community Ment Health J*. 2019 Jan;55(1):83–99.
- Wolitzky-Taylor KB, Arch JJ, Rosenfield D, Craske MG. Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: a comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2012 Oct;80(5):786–99.