

# Kommentare

## Die sogenannte Dritte Welle? Evidenzbasiert, nützlich oder überflüssig?

Ein Plädoyer für Skeptizismus

Brunna Tuschen-Caffier und Jürgen Hoyer

Die Gründer der Verhaltenstherapie hatten Mitte des letzten Jahrhunderts die Vision, Psychotherapie wissenschaftlich zu betreiben, das heißt auch und gerade in Abgrenzung zur Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, einen empirischen Zugang zur Psychotherapie zu wählen, der gekennzeichnet sein sollte durch operationalisierbare Konstrukte und Hypothesen, die grundsätzlich falsifizierbar bzw. durch empirische Methoden, z. B. durch Beobachtung, überprüfbar sein sollten. Neben der Beobachtbarkeit stellte die intersubjektive Nachprüfbarkeit ein wichtiges Zielkonzept dar. Dass auch Phänomene wie Gedanken, mentale Vorstellungsbilder oder andere, durch Introspektion zugängliche Konstrukte für die Verhaltenssteuerung von Bedeutung sein können, wurde auch von überzeugten Behavioristen nicht bestritten. Aber solche Phänomene galten eben aufgrund der hohen Subjektivität bzw. fehlenden Intersubjektivität als Phänomene, die mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden der empirischen Psychotherapieforschung nicht erforschbar zu sein schienen. In der sogenannten *kognitiven Wende* (oder 2. Welle der Verhaltenstherapie) wurden „weiche“ Daten wie Selbstverbalisationen, innere Dialoge, dysfunktionale Gedanken im Zusammenhang mit Schemata, Plänen und Oberplänen wieder salonfähig und damit als Gegenstand der klinisch-psychologischen Forschung aufgegriffen. Das Bemühen um operationalisierbare und überprüfbare Konstrukte blieb, auch wenn dies nicht mehr ganz so leicht einlösbar war. Aber gerade durch die enge Verknüpfung zwischen der Grundlagenforschung der Psychologie und der Anwendungsforschung in der Klinischen Psychologie gelang es vielfach, Brücken zu schlagen zwischen einerseits sehr hohen methodischen Ansprüchen (z. B. intersubjektive Überprüfbarkeit) und andererseits klinisch relevanten Phänomenen, die nicht länger aufgrund von forschungsmethodischen Ansprüchen ausgeklammert werden sollten (z. B. dysfunktionale Muster der Aufmerksamkeitsverteilung; störungstypische, autobiografische Gedächtnisse). Wissenschaftliche Publikationen und Vorträge auf Fachkongressen, z. B. unserem Fachkongress der Fachgruppe

Klinische Psychologie und Psychotherapie, dokumentieren, dass es der Klinischen Psychologie überwiegend sehr gut gelungen ist, „weiche“ Konstrukte (z. B. störungstypische Prozesse der Informationsverarbeitung) mit solider Methodik zu untersuchen. Aber bei vielen Konzepten der *sogenannten 3. Welle* der Psychotherapie stellt sich uns durchaus die Frage, ob die Kritik, die die Gründer der Verhaltenstherapie an allzu globalen und kaum oder nicht falsifizierbaren Ätiologie- und Psychotherapiekonzepten des letzten Jahrhunderts hatten, nicht auch auf viele der neuen Ansätze zutrifft, die sich als schulübergreifende oder sogenannte Dritte-Welle-Psychotherapien verstehen.

So nehmen Young, Klosko und Weishaar (2006) an, dass Kindheitserfahrungen zu maladaptiven Schemata führen und dass die therapeutische Beziehung zum Teil (vermisste) elterliche Fürsorge substituieren („Nachbeelterung“) und so dazu beitragen soll, dass der Patient Heilung erfährt. So beschreibt Young 18 Schemata, die anhand des *Young Schema Questionnaire* (YSQ) erfassbar sein sollen. Beschrieben werden Schemata wie zum Beispiel das Schema der *Unzulänglichkeit* und *Scham*, der *emotionalen Entbehrung*, des *Misstrauens*, der *Verlassenheit* und *Instabilität*. Mit den Schemata sollen verschiedene Schemamodi einhergehen wie der *kindliche Modus*, der *dysfunktionale Elternmodus*, der *Bewältigungsmodus* oder der *gesunde Modus des gesunden Erwachsenen* und des *glücklichen Kindes*. Die Schemamodi sollen dabei Ausdruck von Zuständen oder *states* sein, die mit den Schemata einhergehen, die wiederum *traits* oder Eigenschaften ausdrücken sollen (siehe dazu z. B. Jacob & Arntz, 2011). In unseren Augen sind dies hoch ambigüe Konstrukte, die nur unscharf definiert sind. Sie sind der empirischen Forschung daher kaum zugänglich und besitzen u. E. kaum Erklärungskraft. So wäre es erforderlich, den Begriff des *Schemas* einzuordnen in ein nomologisches Netz verwandter Konstrukte, die sich empirisch bereits bewährt haben (z. B. Forschung zum autobiografischen Gedächtnis). Unklar ist auch, ob ein Schema im

Sinne von Young und Kollegen eher vorbewusste oder bewusste Wissensstrukturen abbilden soll, woran sich die Frage anschließt, ob solche Wissensstrukturen überhaupt durch einen Fragebogen abgefragt werden können. Anders gesagt: es bleibt völlig unklar, was durch den *Young Schema Questionnaire* (YSQ) wirklich erfasst wird. Ähnliche Kritikpunkte lassen sich auf andere Konstrukte wie das *Schema-Moduskonzept* anwenden, so dass sich grundsätzlich die Frage nach dem wissenschaftlichen Gehalt eines solchen Ansatzes stellt. U.E. sollte eine Psychotherapietheorie u. a. dem wissenschaftstheoretischen Gebot der *Sparsamkeit* folgen, also keine unnötig komplexen Konstrukte verwenden, deren empirische Prüfbarkeit darüber hinaus unklar ist. Eine komplexe und gleichzeitig ambigüe Therapietheorie ist neben der Schwierigkeit der Überprüfbarkeit darüber hinaus schwer lehrbar. Selbst wenn man eine vergleichbare Evidenz mit einem *Goldstandard-Verfahren* wie der kognitiv-behavioralen Therapie (KVT) unterstellt, wäre das (wissenschaftstheoretisch gesehen) sparsamere und leichter lehrbare Verfahren immer noch vorzuziehen. Der systematische Wirksamkeitsvergleich mit der KVT ist aber erst noch zu leisten, wobei die nachhaltigen Effekte besonders genau betrachtet werden sollten.

Andere Ansätze sind im Zugang zur Psychotherapie pragmatisch und lösungsorientiert sowie in den Annahmen zu Veränderungsmechanismen sparsam. Aber in der dahinter stehenden Ätiologietheorie sind sie wenig evidenzbasiert. So wurde zum Beispiel mit Blick auf die Behandlung der chronischen Depression von dem Psychiater McCullough (2000) das Behandlungskonzept *CBASP* entwickelt (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy). Angenommen wird, dass Patienten mit einer chronischen Depression aufgrund von traumatisierenden Erfahrungen eine Art „Mauer“ aufbauen, die den Kontakt zur Umwelt erschwert. Zudem sollen sich die Patienten aufgrund der Traumata auf der präoperationalen Stufe der kognitiven Entwicklung im Sinne von Piaget (1995) befinden, entsprechend Kindern mit 4–7 Jahren. Ihr Denken soll also ich-zentriert, prälogisch usw. sein. Unseres Erachtens sind derartige Annahmen hart an der Grenze der Populärwissenschaft. Uns ist natürlich bewusst, dass es eine der schwierigsten Übungen ist, Ätiologietheorien empirisch zu fundieren. Aber gerade im Wissen um diese Schwierigkeit, wäre es sinnvoll, in der Ätiologietheorie das Sparsamkeitsprinzip walten zu lassen und deutlich zu machen, wenn die Veränderungstheorie – sprich das psychotherapeutische Konzept – nur begrenzt auf empirisch fundiertem Wissen zur Ätiologie der chronischen Depression aufbaut. Überzeugend an diesem Ansatz der Psychotherapie der chronischen Depression ist allerdings, dass Beziehungserfahrungen der Vergangenheit (sogenannte Prägungen) sehr systematisch im Hinblick auf deren Einfluss auf aktuelle Beziehungen analysiert werden und konkrete Verhaltensänderungen abgeleitet und erprobt werden. Ob es wirklich nötig ist, hier mit

der Metapher der Übertragungshypothese zu arbeiten, sei dahingestellt. Unseres Erachtens wäre es durchaus mindestens genauso überzeugend, die klassische Problem- und Verhaltensanalyse als Fallkonzeption zu nutzen, die im Sinne des „Drei-Klangs“ der Ursachen (Prädisposition, Auslösefaktoren, aufrechterhaltende Faktoren) auch Prädispositionen (in diesem Fall Beziehungserfahrungen) als Interpretationsrahmen für das aktuelle Erleben einbezieht. Auch die Nutzung der therapeutischen Beziehung als Wirkmechanismus der Psychotherapie erfordert u. E. keinen Paradigmenwechsel, sondern ist ebenso innerhalb des kognitiv-behavioralen Bezugsrahmens konzeptualisierbar (vgl. z. B. Schulte, 1996). Der Vorteil wäre, dass die Ätiologie- und Therapiekonzeption in einem „Sprachspiel“ formulierbar wären und dass damit Theoriegeleitete und stringente Hypothesen zur Ätiologie und Veränderung der depressiven Symptomatik ableitbar wären.

Ebenso stellt sich die Frage, welchen Mehrwert es haben soll, theoretische und therapeutische Akzentuierungen, die in der *Metakognitiven Therapie* (Wells, 2000; 2011), der *Akzeptanz- und Commitment Therapie* (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) oder anderen *achtsamkeitsbasierten Ansätzen* (z. B. Kabat-Zinn, 1990) vorgenommen werden, als *neue Therapieformen* aufzufassen. Sehr überzeugend haben Hofmann und Kollegen (2008, 2010) herausgearbeitet, dass derartige Konzepte voll und ganz mit KVT-Konzeptionen kompatibel sind. Darüber hinaus möchten wir auf einen wichtigen konzeptionellen Kritikpunkt hinweisen: *Achtsamkeit* scheint aktuell als Modewort zu avancieren, ohne dass die theoretische Konzeption eindeutig wäre. Auch ist nicht klar formuliert, wie sich *Achtsamkeit* abgrenzt von bereits erforschten Phänomenen wie z. B. *Selbstbeobachtung*. Dessen ungeachtet gibt es viele Gemeinsamkeiten zwischen KVT und sogenannten achtsamkeitsbasierten Interventionen, aber auch einige (wenige) Unterschiede wie z. B. der Fokus auf *Veränderung* in der KVT und der Fokus auf *Akzeptanz* in achtsamkeitsbasierten Ansätzen (siehe dazu Hofmann et al., 2010). Der empirische Mehrwert achtsamkeitsbasierter Interventionen im Vergleich zu bewährten KVT-Interventionen ist derzeit noch nicht hinreichend geklärt (vgl. z. B. Arch et al. 2012; Öst, 2014). Aber es deutet sich an, dass es sich bei den achtsamkeitsbasierten Techniken nüchtern betrachtet eher um Erweiterung des KVT Paradigmas handelt, denn um einen Paradigmenwechsel.

Die Frage, ob es sich bei den sogenannten Dritte-Welle-Therapien um evidenzbasierte, nützliche oder überflüssige Ansätze handelt, ist u. E. derzeit wie folgt zu beantworten:

- zum Teil sind diese Therapieansätze evidenzbasiert, aber es gibt noch viel zu tun, insbesondere bezogen auf die Überprüfung nachhaltiger Therapie-Effekte und den Nachweis der Überlegenheit gegenüber Goldstandard-Therapien, zumindest bei spezifischen Patientengruppen;

- zum Teil sind sie nützlich, da Foki und Varianten der Psychotherapie erweitert werden (z. B. Fokus auf Akzeptanz oder auf den Einfluss von vergangenen Beziehungen auf aktuelles Erleben);
- zum Teil sind sie auch überflüssig (z. B. wenn es um ambig und schwer erforschbare Konzepte wie das Schema-Moduskonzept geht).

Es ist daher durchaus sinnvoll, bei aller grundsätzlichen Aufgeschlossenheit auch und gerade gegenüber neuen Strömungen in der Psychotherapie einen „gesunden“ Skeptizismus zu wahren, denn nicht alles, was als neue Mode oder „new wave“ daherkommt ist auch wirklich ein Fortschritt zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.

## Literatur

- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb Vilardaga, J. C., 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*, 750–765.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*(1), 1–16.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2010). The empirical status of the „new wave“ of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 701–710.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York, NY: Delta.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment of chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- 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.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der kindlichen Entwicklung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapies*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Young, J., Klosko, S. & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapie – ein Handbuch für Praktiker*. Paderborn: Junfermann.

Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

---

Universität Freiburg  
 Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Engelbergerstraße 41  
 79085 Freiburg  
 E-Mail: tuschen@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Jürgen Hoyer

---

Technische Universität Dresden  
 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Hohe Straße 53  
 01187 Dresden  
 E-Mail: juergen.hoyer@tu-dresden.de

DOI: 10.1026/1616-3443/a000294