



Leseprobe aus Heidenreich • Michalak, Verhaltenstherapie in Bewegung, ISBN 978-3-621-28984-9  
© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28984-9>

# Inhalt

Vorwort	12
<b>1 Einführung</b>	<b>13</b>
<i>Thomas Heidenreich • Johannes Michalak</i>	
1.1 Geschichtliche Entwicklung der Verhaltenstherapie	13
1.2 Überblick zur Konzeption des Herausgeberwerks	18
<b>2 Kategoriale und dimensionale Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen</b>	<b>23</b>
<i>Carina Remmers • André Kerber</i>	
2.1 Ziele und Aufgaben klinisch-psychologischer Diagnostik	23
2.2 Der kategoriale Ansatz	23
2.3 Dimensionale Ansätze	26
2.4 Kategoriale versus dimensionale Diagnostik an einem Fallbeispiel	30
2.5 Zusammenfassung und Ausblick	35
<b>3 Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)</b>	<b>41</b>
<i>Rainer F. Sonntag</i>	
3.1 Einführung	41
3.2 Entwicklung des Verfahrens	43
3.3 Veränderungstheorie	45
3.4 Darstellung des Verfahrens	50
3.5 Empirischer Stand	59
3.6 Perspektiven	60
<b>4 Behavioral Activation</b>	<b>68</b>
<i>Valerija Sipos • Ulrich Schweiger</i>	
4.1 Einführung	68
4.2 Entwicklung der Methode	68
4.3 Störungs- und Veränderungstheorie	69
4.4 Darstellung der Therapieform	71
4.5 Empirischer Stand	83
4.6 Aktuelle Entwicklungen und Zukunftsperspektiven	85

<b>5</b>	<b>Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)</b>	<b>89</b>
	<i>Eva-Lotta Brakemeier</i>	
5.1	Einführung	89
5.2	Entwicklung und Veränderungstheorie von CBASP	90
5.3	Darstellung des Verfahrens	93
5.4	Empirischer Stand	104
5.4.1	Efficacy-Studien	104
5.4.2	Effectiveness-Studien	107
5.5	Modifikationen von CBASP	109
5.6	Aktuelle Entwicklungen und Zukunftsperspektiven	112
<b>6</b>	<b>Compassion Focused Therapy</b>	<b>119</b>
	<i>Heike Winter • Johannes Graser</i>	
6.1	Einführung	119
6.2	Das Modell der CFT	120
6.3	Klinische Anwendung	125
6.4	Behandlungsansatz	127
6.5	Behandlungsstrategien	132
6.6	Empirischer Stand	138
6.7	Perspektiven	140
<b>7</b>	<b>Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)</b>	<b>144</b>
	<i>Martin Bohus • Christian Stiglmayr</i>	
7.1	Entwicklung des Verfahrens	144
7.2	Veränderungstheorie	145
7.3	Darstellung des Verfahrens	148
7.4	Empirischer Stand	160
7.5	Perspektiven	161
<b>8</b>	<b>Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT)</b>	<b>165</b>
	<i>Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	
8.1	Einführung	165
8.2	Entwicklung des Verfahrens	166
8.3	Veränderungstheorie	167
8.4	Darstellung des Verfahrens	169
8.5	Empirischer Stand	178
8.6	Perspektiven	180
	<b>Exkurs: Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) bei Depressionen: aktueller Stand und einige künftige Richtungen</b>	<b>184</b>
	<i>Thorsten Barnhofer • J. Mark G. Williams</i>	

<b>9</b>	<b>Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention im Suchtbereich</b>	195
	<i>Thomas Heidenreich • Götz Mundle • Johannes Michalak</i>	
9.1	Einführung	195
9.2	Entwicklung des Verfahrens	196
9.3	Veränderungstheorie	197
9.4	Darstellung des Verfahrens	200
9.5	Empirischer Stand	207
9.6	Perspektiven	208
<b>10</b>	<b>Stressbewältigung durch Achtsamkeit: MBSR</b>	210
	<i>Petra Meibert • Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	
10.1	Einführung	210
10.2	Entwicklung des Verfahrens	212
10.3	Veränderungstheorie	213
10.4	Darstellung des Verfahrens	216
10.5	Empirischer Stand	220
10.6	Perspektiven	222
<b>11</b>	<b>Metakognitive Therapie</b>	225
	<i>Tobias Teismann • Sven Hanning</i>	
11.1	Entwicklung des Verfahrens	226
11.2	Veränderungstheorie	226
11.3	Praktisches Vorgehen	229
11.4	Empirischer Stand	241
11.5	Aktuelle Entwicklungen und Perspektiven	243
<b>12</b>	<b>Schematherapie</b>	246
	<i>Eckhard Roediger • Matias Valente</i>	
12.1	Einführung und Entwicklung des Verfahrens	246
12.2	Veränderungstheorie: die »heilende« Beziehungserfahrung in der Schematherapie	249
12.3	Darstellung des Verfahrens: Der schematherapeutische Veränderungsprozess	255
12.4	Empirischer Stand	264
12.5	Fazit und Perspektiven	266

<b>13</b>	<b>Training emotionaler Kompetenzen (TEK)</b>	271
	<i>Lena Schindler-Gmelch • Jeanine Pirner • Matthias Berking</i>	
13.1	Einführung	271
13.2	Veränderungstheorie: Emotionsregulation und Psychopathologie	275
13.3	Das TEK-Modell der Entstehung psychischer Störungen	275
13.4	Training emotionaler Kompetenzen: Darstellung des Verfahrens	280
13.5	Empirischer Stand	291
13.6	Ausblick und aktuelle Forschung	292
<b>14</b>	<b>Well-being Therapy</b>	297
	<i>Anne Katrin Risch</i>	
14.1	Einführung	297
14.2	Entwicklung des Verfahrens	298
14.3	Veränderungstheorie	299
14.4	Darstellung des Verfahrens	299
14.5	Empirischer Stand	307
14.6	Perspektiven	309
<b>15</b>	<b>Unified Protocol</b>	312
	<i>Jan Schürmann-Vengels • Ulrike Willutzki</i>	
15.1	Einführung	312
15.2	Entwicklung des Verfahrens	313
15.3	Veränderungstheorie	314
15.4	Darstellung des Verfahrens	316
15.5	Empirischer Stand	319
15.6	Perspektiven	320
<b>16</b>	<b>Prozessbasierte Psychotherapie</b>	324
	<i>Michael Svitak • Stefan G. Hofmann</i>	
16.1	Einführung	324
16.2	Entwicklung des Verfahrens	327
16.3	Veränderungstheorie	329
16.4	Praktisches Vorgehen	335
16.5	Empirischer Stand	340

<b>17</b>	<b>Transdiagnostische Aspekte in der aktuellen Verhaltenstherapie</b>	<b>343</b>
	<i>Warren Mansell • Thomas Heidenreich • Johannes Michalak</i>	
17.1	Einführung	343
17.2	Diagnostik in der frühen Verhaltenstherapie	344
17.3	Störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie	344
17.4	Transdiagnostische Ansätze	346
17.5	Kontrolltheoretische Ansätze und transdiagnostische Perspektive	348
17.6	Fazit und Perspektiven	349
<b>18</b>	<b>Verhaltenstherapie in Bewegung: Where do we go from here?</b>	<b>352</b>
	<i>Johannes Michalak • Thomas Heidenreich</i>	
18.1	Aktuelle Entwicklungslinien	352
18.2	Where do we go from here?	354
18.3	Ausblick: Plädoyer für einen Erkenntnistheorie- und Methodenpluralismus	359
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	363
	Sachwortverzeichnis	365

# 1 Einführung

Thomas Heidenreich • Johannes Michalak

Seit den Anfängen in den 1950er Jahren befindet sich die Verhaltenstherapie in einem stetigen Wandel. Trotz erheblicher Konsolidierungstendenzen (Finanzierung über Krankenkassen, Etablierung von Verbänden, zentrale Verankerung in evidenzbasierten Leitlinien) zeichnete sie sich immer dadurch aus, neue Entwicklungen zu generieren, so dass aktuell ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten für unterschiedliche Problemkonstellationen, Patientengruppen und Settings verfügbar ist. Dabei lassen sich verschiedene Tendenzen ausmachen: zum einen eine stark *störungsspezifische* Perspektive, bei der sogar innerhalb einer Störung wie der Depression Subgruppen wie Menschen mit chronischen Depressionen oder verschiedene Störungsphasen wie z. B. remittierte Depression adressiert werden; zum anderen sind Ansätze entstanden, die die Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Störungen betonen und *transdiagnostische* Interventionen entwickelt haben. Unsere Motivation, dieses Buch herauszugeben, resultiert aus der anhaltenden Faszination, die wir im Laufe der zurückliegenden Jahre angesichts dieser Entwicklungen in der Verhaltenstherapie sowohl bei uns selbst als auch bei Kolleg:innen wahrgenommen haben. Ziel des vorliegenden Buches ist es, bedeutsame, aktuelle verhaltenstherapeutische Ansätze komprimiert und praxisorientiert vorzustellen. Dabei werden sowohl Ansätze mit störungsspezifischer als auch mit transdiagnostischer Ausrichtung berücksichtigt, wobei Schwerpunkte auf der Berücksichtigung transdiagnostischer Perspektiven und der Frage, wie stark sich die dargestellten Ansätze auch in der Routineversorgung bewährt haben, liegen.

Im Folgenden werden wir zunächst die Entwicklungen der Verhaltenstherapie in einen historischen Kontext setzen. Im Anschluss daran werden wir den Aufbau des vorliegenden Buches erläutern.

## 1.1 Geschichtliche Entwicklung der Verhaltenstherapie

Obwohl sich der exakte Beginn der Verhaltenstherapie nur schwer an einem Datum festmachen lässt, besteht Einigkeit darüber, dass frühe Publikationen zur Anwendung von Lerntheorien auf menschliches Problemverhalten wichtige Startpunkte markieren. Hier sind z. B. die Arbeiten von Wolpe (insbesondere »Psychotherapy by reciprocal inhibition«, Wolpe, 1958) und Mowrer zu nennen (Mowrer & Lamoreaux, 1942). Im weiteren Verlauf wurden durch die Arbeiten von Beck und Ellis zunehmend kognitive Therapieelemente in die Behandlung einbezogen, während in den zurückliegenden Jahren weitere Elemente integriert wurden. In diesem Zusammenhang wird von einer Einteilung der Verhaltenstherapie in drei Phasen oder Wellen gesprochen (Hayes, 2004; Hayes et al., 2011; Heidenreich et al., 2007; Kahl et al., 2012). Diese umfassen

- (1) die behaviorale Phase,
- (2) die kognitiv-behaviorale Phase und
- (3) die »dritte Welle«.

### **Die behaviorale Phase der Verhaltenstherapie**

Die noch junge Verhaltenstherapie positionierte sich wissenschaftstheoretisch klar im Sinne einer Naturwissenschaft und betonte in diesem Zusammenhang die Bedeutsamkeit von Replizierbarkeit, Objektivität und empirischer Fundierung: »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 et al., 2007, S. 2). Dieser »reduktionistische« Ansatz führte zu teilweise erheblichen Anfeindungen durch andere Therapieschulen (insbesondere der Psychoanalyse), die sich stärker hermeneutischen und geisteswissenschaftlichen Traditionen verpflichtet fühlten. Die Verhaltenstherapie konnte in der Analyse (z. B. im Nachweis der Bedeutsamkeit von klassischer und operanter Konditionierung) und in der Behandlung psychischer Störungen teilweise erhebliche Fortschritte verzeichnen. Im Vordergrund stand die Veränderung offen beobachtbaren Verhaltens (»behavior modification«). Es wurde jedoch auch zunehmend klar, dass neben der reinen Verhaltensebene Interpretations- und Bewertungsprozessen eine große Bedeutung zukommt – analog zu Entwicklungen in der Allgemeinen Psychologie ergab sich eine »kognitive Wende«, die zu einer deutlichen Erweiterung der theoretischen Basis der Verhaltenstherapie führte.

### **Die kognitiv-behaviorale Phase der Verhaltenstherapie**

In den 1970er Jahren entwickelte sich unter Verhaltenstherapeut:innen eine zunehmende Unzufriedenheit mit der methodischen Beschränkung auf elementare Lerngesetze: Es zeigte sich, dass kognitiven Prozessen gerade in der Aufrechterhaltung psychischer Störungen eine große Rolle zukam. Gedanken und Überzeugungen wurden demnach besonders betont (Heidenreich et al., 2007). Im Laufe der 1970er und 1980er Jahre entwickelte sich die kognitiv-behaviorale Betrachtung rasant weiter. Besonders etablierte sich zunehmend eine störungsspezifische Betrachtungsweise, die vor allem Modelle zu spezifischen Prozessen der Aufrechterhaltung von einzelnen Störungen und darauf aufbauende, auf die Störung zugeschnittene Behandlungsansätze hervorbrachte. Die Kognitive Verhaltenstherapie darf dabei nicht als eine Abkehr von den ursprünglichen behavioralen Traditionen verstanden werden, es handelt sich eher um die Ergänzung von auf Verhaltensänderung bezogenen Interventionen durch Interventionen, die auf eine Modifikation interner Abläufe wie Bewertungen abzielen (z. B. die »kognitive Umstrukturierung«). Die aktuelle Verhaltenstherapie ist – zumindest in Deutschland – durchgängig Kognitive Verhaltenstherapie. Der Erfolg der Kognitiven Verhaltenstherapie zeigt sich nicht zuletzt daran, dass sie als die derzeit wissenschaftlich am besten abgesicherte Therapieform mit einem breiten Spektrum an Anwendungsgebieten bezeichnet werden kann.



### Die »dritte Welle«

Trotz der unbestrittenen Erfolge der Kognitiven Verhaltenstherapie zeigte sich in den 1990er Jahren an verschiedenen Stellen eine erneute Unzufriedenheit mit den theoretischen und praktischen Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Unzufriedenheit entzündete sich häufig an Schwierigkeiten, die sich in der Behandlung einzelner Patientengruppen ergaben: So beobachtete Young (1990), dass nicht alle Patient:innen problemlos mittels strukturierter Kurzzeitprogramme behandelt werden können – diese Beobachtung führte dazu, dass er nicht nur interpersonelle und psychodynamische Behandlungselemente integrierte, sondern seinem Ansatzpunkt gleich einen ganz neuen Namen gab: Schematherapie. Analog dazu beobachtete Linehan, dass Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf klassische kognitiv-behaviorale Therapiestrategien nur unzureichend ansprachen – zusätzlich zu den etablierten Behandlungsverfahren nahm sie Achtsamkeit und Akzeptanz als wichtige Elemente in ihre Behandlung auf – der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Gleichzeitig betonten Hayes und Kollegen im Rahmen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) auf der einen Seite die Bedeutung der Akzeptanz und auf der anderen Seite den Bezug auf Werte. Weitere Entwicklungen legten den Schwerpunkt statt auf inhaltliche Merkmale kognitiver Abläufe auf die Haltung, die Patient:innen zu ihren Kognitionen und anderen inneren Erfahrungen hatten (neben ACT z. B. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie und Metakognitive Therapie). Analog zum Übergang von der behavioralen in die kognitiv-behaviorale Phase kann davon ausgegangen werden, dass die wichtigsten Methoden und Erkenntnisse der beiden vorangegangenen Phasen nicht etwa verworfen, sondern beibehalten wurden.

Dass in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten innerhalb der Kognitiven Verhaltenstherapie neue Entwicklungen stattfanden, ist weitgehend unbestritten. Heftig umstritten ist jedoch die Frage, ob diese Neuentwicklungen so grundsätzlich sind, dass von einer »dritten Welle« der Verhaltenstherapie gesprochen werden kann. Steven Hayes prägte den Begriff der dritten Welle und betonte vor allem die Unterschiede zur klassischen kognitiv-behavioralen Therapie (Hayes, 2004). Demgegenüber geht Stefan Hofmann davon aus, dass trotz der stärkeren Betonung einzelner Elemente wie Fertigkeitentraining und Emotionsregulation keine so wesentlichen Änderungen vorliegen, dass eine Benennung als dritte Welle gerechtfertigt erscheint (Hofmann & Asmundson, 2008). Insgesamt gehen wir davon aus, dass die unter dem Begriff der dritten Welle zusammengefassten Verfahren wesentliche Neuerungen und Änderungen mit sich bringen und Elemente aufgenommen wurden, die außerhalb des Spektrums der »klassischen« kognitiven Verhaltenstherapie liegen (z. B. eine stärkere Betonung kontextueller und experiencieller Aspekte und Prinzipien wie Achtsamkeit und Akzeptanz). Ob man hier stärker die Unterschiede zu den klassischen Ansätzen betonen möchte, um das Spezifische der neuen Ansätze deutlich zu machen (z. B. weniger Arbeit an den Inhalten von Kognitionen, sondern Veränderung der Haltung gegenüber Gedanken), oder die Gemeinsamkeiten, ist »Geschmackssache«.

Sicherlich sollte auch darauf hingewiesen werden, dass die Rezeption der dritten Welle auch einer Art »Hype-Zyklus« gefolgt ist. In der Anfangsphase wurden durch die

Ansätze der dritten Welle wichtige neue Impulse gesetzt, wie beispielsweise die Etablierung von Akzeptanz als komplementäres Prinzip zur bis dato dominierenden Veränderungsorientierung der Verhaltenstherapie. Zudem wurde eine veränderte Orientierung gegenüber Gedanken und anderen inneren Prozessen vermittelt (Verminderung der Identifikation statt Veränderung der Inhalte von Gedanken) und die Bedeutung des Hier-und-Jetzt wurde im Gegensatz zur einer permanenten Beschleunigung und »Fixierung auf To-do-Listen« betont. All das hat aus unserer Sicht wichtige Impulse gesetzt und viel Aufmerksamkeit in psychotherapeutischer Anwendung, Forschung, aber auch in der Öffentlichkeit (z. B. viele Berichte über Achtsamkeit in der Presse) auf sich gezogen. Teilweise wurden aber auch falsche und überzogene Erwartungen ausgelöst, so etwa, dass Prinzipien der dritten Welle wie Achtsamkeit der »Quick Fix« für alle möglichen psychischen Problemstellungen sind, dass Achtsamkeit *die* Lösung für die Probleme der durch Beschleunigung, To-do-Listen und Burnout geplagten Gesellschaft ist (wobei die Betonung auf »die« im Sinne der einzigen Lösung zu verstehen ist) oder dass Achtsamkeit *die* Lösung für hohe Raten von Fehlzeiten in Betrieben ist.

Gemäß den Gesetzmäßigkeiten von Hype-Zyklen führten diese überzogenen Erwartungen dann auch zunehmend zu kritischen Betrachtungen der dritten Welle und ihrer Prinzipien. So wurde die Frage nach Nebenwirkungen von Achtsamkeit gestellt, die Frage, ob Achtsamkeit wirklich, wie der buddhistische Hintergrund nahelegt, Ego-Freiheit fördert oder vielleicht doch eher zu einer Ego-Gebundenheit führt, oder wie gut Achtsamkeit überhaupt in unsere kapitalistische Gesellschaft passt und in dieser vielleicht zu einem verkürzten »McMindfulness« zu degenerieren droht (für eine ausführliche Diskussion dieser Fragen siehe Michalak & Heidenreich, 2018; Michalak et al., 2022).

Wir vermuten, dass wir uns derzeit auf dem sogenannten »Pfad der Erleuchtung« des Hype-Zyklus befinden. Dieser zeichnet sich durch eine Integration von kritischen Aspekten und durch eine realistische Einschätzung aus. Zu dieser gehört sicherlich, dass weder eine Einschätzung vom Gipfel überzogener Erwartungen (die Dritte-Welle-Ansätze sind deutlich effektiver als die klassischen) noch aus dem Tal der Enttäuschung (die klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze sind letztlich doch viel besser als das »Neumodische«) angemessen ist, sondern dass Wirksamkeitsunterschiede zwischen den verhaltenstherapeutischen Varianten in der Regel klein sind (s. z. B. Goldberg et al., 2018). Somit können Therapeut:innen aus einem breiten Repertoire an therapeutischen Ansätzen in der Behandlung auswählen. Kriterien für die Auswahl sollten Handhabbarkeit sein (hier haben transdiagnostische Ansätze sicherlich den Vorteil, dass Therapeut:innen sich nicht in eine Vielzahl unterschiedlicher Manuale einarbeiten müssen), die Passung zu den Bedürfnissen und Behandlungserwartungen der Patient:innen und möglicherweise auch, welche therapeutische Botschaft Therapeut:innen über reine Symptomreduktion hinaus vermitteln möchten (Michalak & Heidenreich, 2018). Das vorliegende Buch möchte eine Unterstützung liefern, eine Übersicht über diese Vielfalt an psychotherapeutischen Optionen zu gewinnen.

## Transdiagnostische Perspektive

Eine zentrale Entwicklung der letzten Phase der Verhaltenstherapie ist die zunehmende Bedeutung der transdiagnostischen Perspektive. Während seit den 1970er Jahren eine differenzierte störungsspezifische Ausrichtung der Verhaltenstherapie im Vordergrund stand, werden seit Beginn der 2000er Jahre verstärkt die Gemeinsamkeit von bisher in unterschiedlichen Störungskategorien klassifizierten psychischen Problemen betont. Eine Reihe von gewichtigen Argumenten spricht für eine solche transdiagnostische Perspektive (Dalglish et al., 2020):

- ▶ die psychischen Problemen zugrundeliegenden biopsychosozialen Prozesse sind in der Regel nicht spezifisch für einzelne Störungen, sondern transdiagnostisch und finden sich bei vielen Störungsbildern, die in den klassischen Diagnosesystemen in unterschiedliche Diagnosekategorien eingeteilt werden.
- ▶ Symptome sind dimensional und folgen keinem einfachen Schema von »vorhanden« vs. »nicht vorhanden«. Es gibt also beispielsweise ein mehr oder weniger an Depressivität und keine eindeutig definierbare Grenze zwischen depressiv und nicht-depressiv.
- ▶ Es gibt eine hohe Komorbidität zwischen kategorial definierten psychischen Störungen. Diese Komorbidität ist eher die Regel als die Ausnahme ist. Darüber hinaus überlappen sich die Symptome scheinbar verschiedener psychischer Störungen häufig.
- ▶ Innerhalb einer Störungskategorie gibt es massive Heterogenität. So gibt es beispielsweise 16400 mögliche Symptomprofile, also Kombinationen von Einzelsymptomen, bei der Major Depression und auch in der klinischen Realität sind die Erscheinungen von psychischen Störungen äußerst heterogen.
- ▶ Es gibt Unklarheiten, welche Symptome bei einer kategorialen Diagnostik zu berücksichtigen sind. So werden beispielsweise in den sieben am häufigsten verwendeten Instrumenten zur Messung von Depressivität 52 unterschiedliche Symptome aufgeführt, wobei 40 % lediglich in einem Instrument verwendet werden und nur 12 % in allen Messinstrumenten.
- ▶ Es gibt eine phänotypische Plastizität über die Entwicklung und den Lebensverlauf hinweg. So lassen sich bei vielen Betroffenen im Laufe der Entwicklung beispielweise häufig Verschiebungen zwischen Angst und unipolarer Depression oder zwischen verschiedenen Angststörungen beobachten.

Transdiagnostische Alternativen umfassend dabei sowohl

- ▶ diagnostische Aspekte, die dimensional statt kategorial ausgerichtet sind,
- ▶ transdiagnostische Modelle zu Prozessen der Entstehung und Aufrechterhaltung von Problem im Bereich psychischer Gesundheit, sowie
- ▶ Behandlungsansätze, die transdiagnostisch sind.

Als »weiche« transdiagnostische Ansätze werden dabei Ansätze bezeichnet, die die zugrunde liegende diagnostische Klassifikation beibehalten, während gleichzeitig versucht wird, Prozesse zu adressieren oder Interventionen zu entwickeln, die für eine oder mehrere der traditionell formulierten Diagnosen relevant sind. Im Gegensatz dazu verzich-

ten radikalere, »harte« transdiagnostische Ansätze auf das kategoriale Diagnosesystem als Ganzes und versuchen, es durch einen alternativen Bezugsrahmen zu ersetzen, der psychische Störungen auf gänzlich neue Weise konzeptualisiert.

Allerdings sind auch störungsspezifische Ansätze zweifellos weiter von Bedeutung. So weisen einige der aktuell erfolgreichsten störungsspezifischen Behandlungsansätze im Hinblick auf die im Zentrum stehende Symptomatik (z. B. bei einzelnen Angststörungen) hohe Effektstärken aufweisen. Störungsspezifische Ansätze bieten darüber hinaus auch rein pragmatische Vorteile: Sie beziehen sich durch ihre Verknüpfung mit den etablierten Diagnosesystemen (ICD, DSM) auf eine einheitliche Sprache, die die Kommunikation zwischen Patient:innen, Kliniker:innen und Forscher:innen erleichtert. Sie bieten damit auch ein Organisationsprinzip für Forschungsprogramme zur Entwicklung und Evaluation von diagnosebezogener Behandlungsansätzen. Und nicht zuletzt passen sie zum medizinischen Modell (d. h. spezifische Diagnose führt zu einer auf diese Diagnose zugeschnittenen Behandlung), das der Vergütung von Leistungen im Gesundheitssystem zugrunde liegt.

Zudem weisen Dalglish et al. (2020) zu Recht darauf hin, dass transdiagnostische Ansätze im direkten Vergleich bezogen auf die primäre Symptomatik kaum größere, sondern eher kleinere Effekte aufweisen dürften. Bei gleichzeitiger Vorhandensein komorbider Störungen ist davon auszugehen, dass diese theoretisch zwar eher durch die transdiagnostische Perspektive adressiert werden, störungsspezifische Ansätze aber auch Effekte auf die komorbiden Diagnosen haben dürfte, so dass bei den komorbid vorliegenden Störungen ein eher kleiner Unterschied in Richtung einer höheren Effektivität transdiagnostischer Ansätze zu erwarten ist. Für die zukünftige Therapiefor schung ist demnach eine interessante Frage, in welchen Fällen der Gesamtnutzen störungsspezifischer und transdiagnostischer Ansätze (insbesondere bei begrenzten Ressourcen) höher ist.

Im vorliegenden Buch werden Sie, liebe Leserin, lieber Leser, beide Arten Ansätze kennenlernen – sowohl störungsspezifische wie transdiagnostische Ansätze. Wegen der zentralen Bedeutung der transdiagnostischen Perspektive werden auch bei den Kapiteln zu störungsspezifischen Ansätzen transdiagnostische Perspektiven skizziert. Zum anderen finden Sie im vorliegenden Buch auch genuin transdiagnostische Kapitel. Diese beziehen sich auf Fragen der transdiagnostischen Diagnostik, auf transdiagnostische Prozesse, die psychische Probleme aufrechterhalten, und auf transdiagnostische Behandlungsansätze.

## 1.2 Überblick zur Konzeption des Herausgeberwerks

Die Kapitel, die einzelne bedeutsame Ansätze präsentieren, folgen einem identischen Aufbau (Einführung, historische Entwicklung, Störungstheorie, praktische Darstellung des Verfahrens, Stand der Empirie) und sind durchgängig praktisch orientiert. Da in der Fülle dieser Ansätze eine Reihe unterschiedlicher inhaltlicher Klassifizierungen möglich gewesen wäre, haben wir uns dafür entschieden, die Ansätze in alphabetischer Reihen-

folge vorzustellen. Ein Überblick zu den einzelnen Ansätzen und kurze Angaben zu Neuerungen gegenüber kognitiv-behavioralen Standardverfahren finden sich in Tabelle 1.1. In der Folge beschäftigt sich das Buch mit übergreifenden Aspekten und geht auf Aspekte dimensionaler Diagnostik, prozessbasierter Therapie und transdiagnostischer Perspektiven ein.

**Tabelle 1.1** Einzelne im Rahmen des Buches behandelte Ansätze und Neuerungen gegenüber kognitiv-behavioraler Standardtherapie

Methode	Neuerungen gegenüber kognitiv-behavioralen Ansätzen
Akzeptanz- und Commitmenttherapie	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
Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie	Achtsamkeit
Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention	Achtsamkeit
Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion	Achtsamkeit
Metakognitive Therapie	Metakognitive Fertigkeiten (z. B. Aufmerksamkeitslenkung)
Schematherapie	Achtsamkeit, Schemamodell
Training emotionaler Kompetenzen	Achtsamkeit
Unified Protocol	Störungsunabhängiges Vorgehen
Well-Being Therapy	Langfristige Steigerung des Wohlbefindens

### Die Beiträge im Einzelnen

- ▶ **Carina Remmers** und **André Kerber** stellen zunächst aktuelle *dimensionale Ansätze der Diagnostik* vor, die immer größere Bedeutung erlangen. In diesem Zusammenhang finden das Research-Domain-Criteria (RDoC)-Projekt, die Hierarchische Taxonomie of Psychopathology (HiTOP) sowie die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11 Erwähnung. Anhand eines Fallbeispiels vergleichen die Autor:innen kategoriale und dimensionale Diagnostik.
- ▶ Der erste verfahrensspezifische Beitrag behandelt die *Akzeptanz- und Commitmenttherapie* und wurde von **Rainer Sonntag** verfasst. ACT wurde von Hayes und Kollegen (1999) in den USA entwickelt und konzentriert sich auf die Vermittlung einer akzeptierenden Haltung (insbesondere eigenen inneren Erfahrungen gegenüber) und einer

klaren Orientierung an Werten. Erklärtes Ziel des Ansatzes ist es, Menschen zu ermöglichen, engagiert ihren Werten gemäß zu leben.

- ▶ Der zweite verfahrensspezifische Beitrag stammt von **Valerija Sipos** und **Ulrich Schweiger** und stellt die *Behavioral Activation* vor. Dieser Behandlungsansatz bei Depression wurde von Jacobson, Dimidjan und anderen Kolleg:innen entwickelt und knüpft zunächst eng an der verhaltenstherapeutischen Tradition der Verhaltensaktivierung an. Es bestehen jedoch auch bedeutsame Unterschiede zum traditionellen Verhaltensaufbau: Behavioral Activation setzt den Schwerpunkt nicht auf den Aufbau angenehmen Verhaltens, sondern betont die Bedeutung wertebasierter Verhaltensaktivierung.
- ▶ Im dritten inhaltlichen Beitrag stellt **Eva-Lotta Brakemeier** das *Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)* vor. Dieses von McCullough entwickelte Behandlungsprogramm für Menschen, die unter chronischer Depression leiden, bezieht explizit die Analyse und Bearbeitung von Übertragungsphänomenen in der therapeutischen Beziehung ein und legt einen Schwerpunkt auf die Analyse der Beziehungen zu relevanten Bezugspersonen. CBASP bezieht somit explizit ein Element in die verhaltenstherapeutische Behandlung ein, das üblicherweise mit psychodynamischen Traditionen assoziiert wird – wichtig ist jedoch zu betonen, dass sowohl die Konzeption als auch die Bearbeitung der Übertragung sich erheblich von derjenigen in klassisch psychodynamischen Behandlungen unterscheidet.
- ▶ Der daran anschließende Beitrag von **Heike Winter** und **Johannes Graser** thematisiert die *Compassion Focused Therapy (CFT)*. CFT legt den Schwerpunkt der Behandlung darauf, dass die Patient:innen eine Haltung erlernen, die von Mitgefühl mit sich selbst geprägt ist. Angenommen wird, dass psychische Störungen häufig durch Schamgefühle aufrechterhalten werden, die im Laufe der Lebensgeschichte erworben wurden.
- ▶ Darauf folgend stellen **Martin Bohus** und **Christian Stiglmayr** die *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)* vor. Diese von Marsha Linehan entwickelte und mittlerweile sehr bekannte Behandlungsmethode für Menschen mit emotional instabilen Störungen integriert klassische veränderungsorientierte behaviorale Therapiestrategien mit akzeptanzorientierten Methoden.

Im Anschluss daran werden insgesamt drei achtsamkeitsbasierte Verfahren vorgestellt:

- ▶ **Johannes Michalak** und **Thomas Heidenreich** machen die *Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT)* zur Rückfallprävention bei rezidivierenden depressiven Störungen zum Thema. Diese wurde von Zindel Segal, Mark Williams und John Teasdale entwickelt und integriert kognitiv-behaviorale Behandlungselemente mit der Entwicklung von Achtsamkeit. In einem daran anschließenden Exkurs geben **Thorsten Barnhofer** und **Mark Williams** einen Überblick zum aktuellen Stand und einigen künftigen Forschungsrichtungen.

- ▶ **Thomas Heidenreich, Johannes Michalak** und **Götz Mundle** stellen im Anschluss daran die von der Arbeitsgruppe um Alan Marlatt entwickelte *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (MBRP)* vor. Diese integriert Achtsamkeitsübungen und das sozial-kognitive Rückfallmodell zur Behandlung von Suchterkrankungen.
- ▶ Schließlich wird von **Petra Meibert, Thomas Heidenreich** und **Johannes Michalak** die *Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR)* dargestellt. Dieses von Jon Kabat-Zinn bereits in den späten 1970er Jahren entwickelte Programm kombiniert ein intensives Achtsamkeitstraining mit psychoedukativen Elementen zum Thema Stress.
- ▶ Im Anschluss an die achtsamkeitsbasierten Verfahren präsentieren **Tobias Teismann** und **Sven Hanning** die *Metakognitive Therapie (MCT)*. Das von Adrian Wells entwickelte Verfahren zielt darauf ab, Patient:innen darin zu unterstützen, ihre metakognitiven Fertigkeiten (z. B. Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus) zu verbessern. Damit liegt eine gewisse Nähe zu den achtsamkeitsbasierten Verfahren vor.
- ▶ Der daran anschließende Beitrag von **Eckhard Roediger** und **Matías Valente** macht die *Schematherapie* zum Thema. Ursprünglich von Jeffrey Young entwickelt, hat sich die Schematherapie in den letzten Jahren zunehmend weiterentwickelt und bietet zwischenzeitlich eine Behandlungsmöglichkeit für eine Vielzahl psychischer Störungen.
- ▶ **Lena Schindler-Gmelch, Jeanine Pirner** und **Matthias Berking** stellen im folgenden Beitrag das *Training emotionaler Kompetenzen (TEK)* vor. TEK vermittelt neben psychoedukativen Elementen grundsätzliche Informationen zu Emotionen und deren Regulation mittels z. B. Entspannungstechniken, Achtsamkeit, Akzeptanz und Selbstunterstützung.
- ▶ Den Abschluss der verfahrensspezifischen Kapitel stellt das Kapitel zur *Well-Being Therapy* von **Anne Katrin Risch** dar. Dieses von Giovanni Fava entwickelte Programm zur Rückfallprävention bei rezidivierender Depression zielt darauf ab, Menschen in einer langfristigen Verbesserung ihres Wohlbefindens zu unterstützen.
- ▶ **Michael Svitak** und **Stefan Hofmann** befassen sich anschließend mit der Prozessbasierten Therapie. Diese Neuentwicklung durch Steven Hayes (der ACT begründete) und Stefan Hofmann (der prominent kognitiv-behaviorale Perspektiven vertritt) berücksichtigt sowohl die behaviorale als auch die kognitive bzw. kognitiv-behaviorale Perspektive.
- ▶ **Warren Mansell, Thomas Heidenreich** und **Johannes Michalak** setzen sich mit einem spezifischen Faktor der Dritte-Welle-Ansätze auseinander: Während die kognitiv-behavioralen Ansätze in der Regel stark störungsorientiert sind (was insgesamt zu einer Art »Manualflut« geführt hat), zielen die Dritte-Welle-Ansätze stark auf transdiagnostische Prozesse. Dieser Begriff bezeichnet Behandlungselemente, die über einzelne Störungen hinaus relevant sind.