

## Positionspapier

# Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie – Chancen und Grenzen der dritten Generation der Verhaltenstherapie

Thomas Heidenreich<sup>1</sup> und Johannes Michalak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hochschule Esslingen, <sup>2</sup>Universität Hildesheim

**Zusammenfassung:** *Fragestellung:* Der Artikel stellt wesentliche Ansatzpunkte achtsamkeitsbasierter Psychotherapie dar und stellt das Konzept einer „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie vor. *Inhaltsübersicht:* Zentrale Ansätze, die sich der „dritten Welle“ zuordnen lassen (Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion, achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie, Acceptance and Commitment Therapy, Dialektisch-behaviorale Therapie) sowie der Stand zur Wirksamkeitsforschung werden kurz vorgestellt. Im Anschluss daran werden Chancen und Gefahren achtsamkeitsbasierter Ansätze diskutiert. *Schlussfolgerungen:* Achtsamkeitsbasierte Interventionen stellen für die Psychotherapie allgemein und für den Suchtbereich interessante Perspektiven dar. Mögliche Gefahren der Umsetzung achtsamkeitsbasierter Verfahren sollten berücksichtigt werden.

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

## Mindfulness-Based Psychotherapy – Opportunities and Limits of the Third Generation of Behavior Therapy

**Abstract:** *Aim:* The paper presents important approaches of mindfulness-based psychotherapy and introduces the concept of the “third wave” of behavior therapy. *Content:* Approaches that can be counted as “third wave” (Mindfulness-Based Stress Reduction, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Dialectical Behavior Therapy) as well as current results pertaining to the efficacy of these approaches are presented. Opportunities and limitations of mindfulness-based approaches are discussed. *Conclusions:* Mindfulness-based interventions open up interesting perspectives for psychotherapy in general and for the treatment of substance use disorders. Possible dangers in introducing these methods into psychotherapy should be taken into account.

**Keywords:** behavior therapy, mindfulness, third wave

... scanning the literature of soft psychology over the last 30 years and noticing what happens to theories. Most of them suffer the fate that General MacArthur ascribed to old generals – They never die, they just slowly fade away. (Meehl, 1978, p. 806–807)

Paul Meehl, einer der produktivsten und prominentesten psychologischen Forscher des vergangenen Jahrhunderts, setzte sich wiederholt intensiv mit Fragen der Theoriebildung in der Psychologie auseinander. Besonders kritisch beobachtete er dabei die Tendenz der von ihm so bezeichneten „soft areas of psychology“ (u. a. klinische Psychologie, Beratungspsychologie, Sozial- und Persönlichkeitspsychologie, Meehl, 1978, p. 806), ihre Theorien (die er

nebenbei als „scientifically unimpressive and technologically worthless“ bezeichnet) nicht im Sinne der Wissenschaftstheorie Karl Poppers zu widerlegen, sondern sie im Sinne von Modeströmungen eine gewisse Zeit lang zu verfolgen und dann das Interesse daran zu verlieren:

... There is a period of enthusiasm about a new theory, a period of attempted application to several fact domains, a period of disillusionment as the negative data come in, a growing bafflement about inconsistent and unreplicable empirical results, multiple resort to ad hoc excuses, and then finally people just sort of lose interest in the thing and pursue other endeavors.

(Meehl, 1978, p. 807)

Im Jahre 2013, fast 35 Jahre nach Meehls Artikel, stellt sich die Frage, ob sich die Dinge verändert haben oder ob diese Tendenzen noch immer zu beobachten sind – insbesondere im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, die Meehl dezidiert als Teil der „soft psychology“ betrachtet. Wir werden uns in diesem Artikel mit achtsamkeitsbasierten Ansätzen als einer relativ neuen Entwicklung innerhalb der Verhaltenstherapie beschäftigen, diese kurz vorstellen und nach einer Erörterung der Chancen und Risiken abschließend auf Meehls kritische Stellungnahme zurückkommen.

## Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie: eine Definition

Achtsamkeit („Mindfulness“, vgl. Heidenreich & Michalak, 2009) entstammt spirituellen Traditionen (östliche Meditations- und Weisheitslehren wie Buddhismus, christlich-westliche Ausgestaltungen), wird im Kontext der Psychotherapie aber als „weltanschaulich neutral“ betrachtet, d.h. Achtsamkeit gilt als Fertigkeit die prinzipiell von jedem Menschen erlernt werden kann, unabhängig von seinen kulturellen oder spirituellen Prägungen. Jon Kabat-Zinn (1990) definierte „Achtsamkeit“ als eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung: im aktuellen Moment („present moment“), absichtsvoll („on purpose“) und nicht-wertend („non-judgemental“). Die Aufmerksamkeit im Alltag entspricht häufig nicht diesen Merkmalen: Menschen sind regelmäßig in Gedanken an die Vergangenheit und die Zukunft verstrickt (vgl. hier auch die Forschung zu Mind Wandering, Killingsworth & Gilbert, 2010), das Erleben ist insbesondere im Kontext psychischer Störungen meist eher grüblerischer und belastender Natur, die Aufmerksamkeit ist zersplittert und sprunghaft und Bewertungen (positive wie negative) sind an der Tagesordnung. Ein wichtiges Merkmal von Achtsamkeit besteht darin, dass sie trainiert werden kann: im Rahmen sog. Achtsamkeitsübungen (z.B. Atemmeditation, Body Scan) wird in der Regel regelmäßig (täglich) die Fähigkeit zur Achtsamkeit eingeübt. Unterscheiden lassen sich formelle Achtsamkeitsübungen (bei denen ein bestimmter Zeitraum spezifisch für die Achtsamkeitsübungen reserviert wird) und informelle Achtsamkeitsübungen, bei denen Alltags-handlungen achtsam vollzogen werden (z.B. achtsames Zähneputzen am Morgen). Ziel der Achtsamkeitspraxis ist es, möglich durchgehend diese wertfreie Orientierung auf die konkrete Erfahrung des Hier-und-Jetzt zu üben.

## Zentrale achtsamkeitsbasierte Verfahren in der Verhaltenstherapie

Achtsamkeit und Achtsamkeitsübungen werden bereits seit den 50er Jahren mehr oder weniger systematisch in psychotherapeutische Behandlungen integriert (z.B. Erich

Fromms „Zen-Buddhismus und Psychoanalyse“, Fromm, Suzuki & DeMartino, 1960) – in den zurückliegenden 30 Jahren wurden zunehmend Ansätze entwickelt, die üblicherweise als „achtsamkeitsbasiert“ bezeichnet werden. Mit diesem Begriff werden Ansätze bezeichnet, bei denen Achtsamkeit das zentrale Behandlungselement darstellt – wenn Achtsamkeit in Behandlungen gleichrangig neben anderen Therapieprinzipien eingeführt wird, ohne dass sie das zentrale Element darstellt, wird häufig von achtsamkeits-informierten Ansätzen gesprochen. Im Gegensatz dazu finden sich in verschiedenen therapeutischen Traditionen achtsamkeits-analoge Techniken wie etwa die gleichschwebende Aufmerksamkeit des Analytikers in der Psychoanalyse. Beispiele für achtsamkeitsbasierte Ansätze sind die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR, Kabat-Zinn, 1990), die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention (MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002) und die im Zentrum dieses Heftes stehende achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention für Abhängigkeitserkrankungen (MBRP, Bowen, Chawla & Marlatt, 2012, vgl. den entsprechenden Artikel in diesem Schwerpunktheft). Achtsamkeit spielt auch in anderen verhaltenstherapeutischen Ansätzen eine wichtige Rolle (z.B. in der Acceptance and Commitment Therapy und in der dialektisch-behavioralen Therapie), diese Ansätze bieten jedoch über Achtsamkeit hinausgehend eine Fülle von Techniken und lassen sich dementsprechend eher als achtsamkeitsinformierte Ansätze verstehen. Im Folgenden sollen die genannten Ansätze mit Ausnahme der MBRP, zu der ein eigener Artikel in diesem Schwerpunktheft abgedruckt ist, kurz vorgestellt werden.

Jon Kabat-Zinn (1990, 2006) entwickelte das Mindfulness-based Stress Reduction Programm (MBSR) seit den 1970er Jahren. In Patientengruppen bis zu 30 Teilnehmern finden achtwöchige Schulungen formeller (z.B. Body Scan, Sitzmeditation, Yoga) und informeller (Integration in den Alltag) Achtsamkeitsübungen statt. Jede Sitzung beginnt mit einer 20–40 minütigen formellen Achtsamkeitsübung. Die Erfahrungen / Schwierigkeiten bei der Übung selbst und bei der Übertragung in den Alltag werden in den Gruppen diskutiert. MBSR-Kurse beinhalten auch Ergebnisse und Ansätze aus der Stressforschung sowie Schwerpunktthemen (z.B. achtsamer Umgang mit Emotionen). Ursprünglich insbesondere bei chronischen Schmerzen eingesetzt, wird MBSR heute bei einer Vielzahl von Krankheiten und psychischen Schwierigkeiten/Störungen sowie im Bereich der Prävention eingesetzt (Überblick z.B. bei Baer, 2003).

Für an rezidivierender Depression erkrankte Patienten wurde auf Basis des MBSR-Programms sowie kognitiver Therapieansätze die Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) von Segal, Williams und Teasdale (2002) entwickelt. Maximal 12 Patienten werden in acht zweistündigen Gruppensitzungen formelle und informelle Achtsamkeitsübungen vermittelt und geübt, die in der Gruppe besprochen werden. Zudem werden Informationen zu Depressionen, Umgang mit Gedanken und Rückfallpläne behandelt. Gerade für Patienten mit drei oder mehr

Rückfällen ließen sich mit Hilfe von MBCT die Rückfallraten bedeutsam senken (Piet & Hougaard, 2011). MBCT wurde mittlerweile auch für andere Störungen adaptiert (z. B. Schlafstörungen [MBCT-I], Heidenreich et al., 2006).

Linehan (1993) entwickelte die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) für Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die Einzel- und Gruppentherapie kombiniert: in der Einzeltherapie werden akute Krisen und Traumata bearbeitet, in der Gruppentherapie wird ein Skills-Training (Erlernen neuer Fertigkeiten) durchgeführt. Achtsamkeit wird in Form kurzer Übungen zu Beginn des Fertigkeitstrainings eingesetzt. Als Hintergrundprinzip soll es das Verhalten des Therapeuten auch bei den sonstigen Behandlungselementen prägen.

Die Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2004) strebt an, vermeidende Elemente im Umgang mit persönlichen Erfahrungen zu verändern und damit ein werteorientiertes Leben zu ermöglichen. Kombiniert mit anderen Elementen, werden kürzere Achtsamkeitsübungen eingesetzt, um Patienten in die Lage zu versetzen, eine grundlegende akzeptierende Haltung bezüglich ihrer persönlichen Erfahrungen zu erreichen. Die vom Patienten gewählten Werthaltungen sollen dadurch in zielgerichtete Handlungsweisen übergeleitet werden.

Obwohl sich die genannten Ansätze erheblich im Ausmaß der Durchführung von Achtsamkeitsübungen unterscheiden (zwischen typischerweise Übungen von wenigen Minuten Dauer in der DBT über ca. 20 minütige Übungen bei ACT bis hin zu 45 Minuten dauernde einzelne Achtsamkeitsübungen bei MBSR und MBCT) ist den genannten Ansätzen gemeinsam, dass sie die Wichtigkeit der Verankerung der Erfahrung im Hier-und-Jetzt betonen.

## Dritte Welle der Entwicklung der Verhaltenstherapie

Ansätze, die Achtsamkeit und Akzeptanz in die Behandlung integrieren werden mittlerweile auch als „third generation behavior therapy“ oder „third wave therapies“ (Hayes, 2004) bezeichnet. Die Geschichte der Verhaltenstherapie wird aus dieser Sicht als in drei unterschiedlichen Phasen ablaufende Entwicklung konzipiert (Heidenreich, Michalak und Eifert, 2007): die erste (behaviorale) Phase ist durch Anwendungen der klassischen Lerntheorie geprägt (insbesondere klassische und operante Konditionierung), die zweite Phase (die etwa ab den 60er Jahren beginnt) bezeichnet die kognitive Verhaltenstherapie, bei der anknüpfend an die Arbeiten von Beck und Ellis zusätzlich zu den behavioralen Elementen kognitive Behandlungsprinzipien integriert werden. Die dritte Phase (oder Welle oder Generation) entwickelte sich in den 90er Jahren des zurückliegenden Jahrhunderts und ist dadurch gekennzeichnet, dass zusätzlich zu behavioralen und kognitiven Behandlungselementen Achtsamkeit und Akzeptanz eine zentrale Rolle spielen. In Fachkreisen ist in den letzten

Jahren eine teilweise erhitzte Debatte über den Status der „Dritten Welle“ entstanden: während Steve Hayes (der diesen Begriff prägte) davon ausgeht, dass es sich um eine klare Neuentwicklung mit der Abkehr von kognitiven Elementen handelt (Hayes, 2004), vertreten Autoren wie Stefan Hofmann die Einschätzung, dass zwar neue Behandlungselemente wie Achtsamkeit und eine verstärkte Betonung von Emotionsregulation zu verzeichnen sind, dass es sich jedoch nicht um eine grundsätzlich neue Phase der Theoriebildung handle (Hofmann & Asmundson, 2008). Wie wir an anderer Stelle bereits ausführlicher dargestellt haben (Heidenreich et al., 2007; Heidenreich & Michalak, 2013) gehen wir davon aus, dass die unter dem Begriff „Dritte Welle“ zusammengefassten Verfahren wesentliche Neuerungen und Änderungen mit sich bringen.

## Empirische Ergebnisse zu Verfahren der „Dritten Welle“

Für einzelne achtsamkeitsbasierte Verfahren wie MBSR und MBCT liegen inzwischen überzeugende Wirksamkeitsnachweis vor (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Piet & Hougaard, 2011). Eine systematische Literaturübersicht sprengt den Rahmen dieses Artikels, es soll deshalb lediglich auf aktuelle systematische Übersichtsarbeiten hingewiesen werden (vgl. Tab.1): Für den Bereich der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (MBSR) liegen mittlerweile eine kaum noch überschaubare Menge an Einzelstudien sowie mehrere aktuelle Metaanalysen vor. Zusammenfassend ist die Wirksamkeit für eine große Bandbreite psychischer und körperlicher Erkrankungen empirisch gut belegt (vgl. Meibert, Michalak & Heidenreich, 2013). Einschlägige Metaanalysen (z. B. Hofmann et al., 2010) kommen zur Einschätzung, dass die im Rahmen von MBSR aufgefundenen Effektstärken insgesamt im mittleren Bereich liegen. Bei Patienten mit Angststörungen oder Depressionen zeigen sich große Effektstärken (Hofmann et al. 2010), bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen nur kleine Effektstärken (Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers, 2010).

Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) wurde in mehreren randomisierten kontrollierten Studien auf ihre Wirksamkeit für die Rückfallprävention bei rezidivierender depressiver Störung geprüft. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion der Rückfallquote bei depressiven Patienten, die mindestens drei depressive Episoden in der Vorgeschichte erlebt hatten. Für Patienten mit zwei depressiven Episoden konnten keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden (vgl. Michalak & Heidenreich, 2013).

Für die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) liegt zwischenzeitlich ebenfalls eine breite empirische Absicherung der Wirksamkeit bei sehr unterschiedlichen Problemen und Populationen vor (vgl. Sonntag, 2013). In verschiedenen Übersichten und Metaanalysen (z. B. Ruiz,

Tabelle 1

*Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit einzelner Ansätze der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie*

	Publikationen zur Wirksamkeit
MBSR	Hofmann, Sawyer, Witt & Oh (2010)
MBCT	Hofmann, Sawyer, Witt & Oh (2010); Piet & Hogaard (2011)
ACT	Ruiz (2010)
DBT	Kliem, Kröger & Kosfelder (2010)

2010) zeigten sich konsistente Effekte über eine Vielzahl empirischer Studien.

Im Rahmen der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) liegen zwischenzeitlich elf kontrollierte randomisierte Studien DBT vor, die sämtlich gute Effektstärken belegen. Dabei wurden DBT in den zurückliegenden Jahren neben der Behandlung von Menschen mit Borderline-Störungen auch in anderen Populationen erfolgreich eingesetzt, etwa in der Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen und bei schweren posttraumatischen Belastungsstörungen (Bohus, Dyer, Priebe, Krüger & Steil, 2011).

## Diskussion

Unter den Chancen achtsamkeitsbasierter Ansätze bzw. von Ansätzen der „Dritten Welle“ steht aus unserer Sicht an erster Stelle die Betonung des Prinzips der Akzeptanz: klassische verhaltenstherapeutische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze sind schwerpunktmäßig veränderungsorientiert („Behavior Modification“ und „kognitive Umstrukturierung“ sind Leitbegriffe). Dies führte in der Vergangenheit dazu, dass die Veränderung offen beobachtbaren Verhaltens oder die Veränderung von Kognitionen im Zentrum der Behandlung standen – dies ist vielfach auch angemessen, jedoch kann es zu erheblichen Behandlungsproblemen kommen, wenn der dialektische Gegenpol zur Veränderung (die Akzeptanz) vernachlässigt wird. Marsha Linehan hat diesen Gedanken bereits früh ausgeführt (Linehan, 1994). Eine weitere wichtige Chance achtsamkeitsbasierter Ansätze liegt in ihrer Betonung, mentalen Ereignissen gegenüber eine andere Haltung zu entwickeln (in der Regel eine achtsame, „dezentrierte“ Haltung), statt sich z. B. mittels kognitiver Umstrukturierung inhaltlich mit den Gedanken zu beschäftigen. Achtsamkeitsbasierte Ansätze bergen aus unserer Sicht die Chance, einzelne klinische Probleme besser behandeln zu können als dies mit den klassischen kognitiv-behavioralen Methoden möglich war – beispielhaft sei hier die dialektisch-behaviorale Therapie genannt, die es erstmals ermöglichte, Patientinnen mit Borderline-Störung erfolgreich zu behandeln (Linehan erlebte bei ihrer initialen Beschäftigung mit dieser Patientengruppe, dass ein zu starker Veränderungsfokus nicht hilfreich ist). Achtsamkeitsbasierte Ansätze bergen ein hohes Potential für die Rückfallprävention – am eindrücklichsten belegen dies die Arbeiten zur Rückfallprävention bei rezidivierender de-

pressiver Störung (Segal et al., 2002; Hofmann et al., 2010); ebenso bedeutsam könnte Achtsamkeit für die Prävention psychischer Störungen werden. Schließlich ist eine weitere Chance achtsamkeitsbasierter Psychotherapie, dass sie den Dialog zwischen den verschiedenen Therapieschulen befördern kann: nahezu alle psychotherapeutischen Schulen weisen achtsamkeits-analoge Elemente auf (vgl. die Beiträge zu Achtsamkeit und Psychoanalyse bzw. Personenzentrierter Therapie in Heidenreich & Michalak, 2009).

Diesen Chancen stehen jedoch auch einzelne Gefahren gegenüber. An erster Stelle möchten wir hier die Gefahr nennen, dass Achtsamkeit allzu unachtsam in Behandlungen integriert wird: mit der zunehmenden Popularität achtsamkeitsbasierter Ansätze (Achtsamkeit als „Modeströmung“) werden entsprechende Behandlungselemente gelegentlich auch von KollegInnen eingesetzt, die wenig oder keine persönliche und berufliche Erfahrung mit den zentralen Prinzipien haben. Dies kann dazu führen, dass PatientInnen eher verwirrt werden und könnte dazu führen, dass die Effektivität achtsamkeitsbasierter Ansätze unterschätzt wird („therapeutisches Kompetenzdefizit“). Auf der anderen Seite sehen wir auch eine Gefahr achtsamkeitsbasierter Ansätze darin, dass im Sinne einer Modeströmung verschiedenste an Achtsamkeit und Meditation orientierte Verfahren „salonfähig“ werden könnten: gerade der große „graue Markt“ der Psychotherapie ist angefüllt mit empirisch nur unzureichend abgesicherten Methoden, für die nicht durchgängig Unbedenklichkeit bescheinigt werden kann. Dementsprechend ist in jüngerer Zeit zu beobachten, dass bei einigen dieser Ansätze Anleihen an Achtsamkeit gemacht werden (z. B. im Titel entsprechender Seminare). Eine weitere Gefahr sehen wir darin, dass die Begeisterung für achtsamkeitsbasierte Ansätze dazu führen kann, etablierte und wissenschaftlich gut abgesicherte Verfahren nicht zum Einsatz zu bringen: Achtsamkeit ist unserer Einschätzung nach eine Methode mit potentiell weitem Anwendungsfeld (Michalak, Heidenreich & Williams, 2012) – beim derzeitigen Stand der Forschung sollte Achtsamkeit aus unserer Sicht in erster Linie dann zum Einsatz kommen, wenn andere Behandlungen nicht zum gewünschten Ergebnis geführt haben („second-line treatment“). Eine letzte Gefahr achtsamkeitsbasierter Therapieformen sehen wir in einer erneuten Schulenburg in der Psychotherapie: das Label „achtsamkeitsbasierte Therapie“ kann zur Abgrenzung gegenüber anderen Behandlungsformen hilfreich sein – falsch verstanden kann es jedoch zu einer Einschätzung im Sinne von „wir sind etwas Besonderes“ führen, in extremer Form



kann dies mit einem „Guru-Syndrom“ einhergehen, bei dem eigene Überzeugungen und Werthaltung unkritisch auf Patienten übertragen werden.

## Ausblick

Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie stellt aus unserer Sicht trotz der eben skizzierten Gefahren eine interessante und wichtige Entwicklung aktueller Behandlungsformen dar. Unter Rückgriff auf die eingangs zitierte Arbeit von Paul Meehl lässt sich zunächst einmal feststellen, dass es sich bei achtsamkeitsbasierten Behandlungen nicht um eine völlige Abkehr von etablierten kognitiv-behavioralen Prinzipien handelt – um in Meehls Metapher zu bleiben: die kognitiv-behavioralen Behandlungselemente sind in achtsamkeitsbasierten Verfahren nicht den Weg der alten Generäle gegangen („never die but slowly fade away“), sondern sie sind auch in achtsamkeitsbasierten Verfahren „alive and well“. In der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depression finden sich neben den Achtsamkeitselementen auch klassische kognitiv-behaviorale Elemente wie Psychoedukation und Aufbau stabilisierender Aktivitäten. Analog kann auch die Rückfallprävention im Suchtbereich (Bowen et al., 2012) als Synthese der von Marlatt entwickelten Relapse Prevention mit Achtsamkeitselementen verstanden werden. Jürgen Margraf hat bei seinem Vortrag bei der Fachgropentagung Klinische Psychologie 2011 deshalb die Metapher eines Baumes verwendet: während das Bild einer „Welle“ nicht erst seit der Tsunami-Katasrophe in Japan auch mit Zerstörerischem assoziiert wird, liegt im Bild eines Baumes eher die Idee eines organischen Wachstums. In diesem Sinne verstehen wir achtsamkeitsbasierte Verfahren als Weiterentwicklung bestehender Ansätze, die jeweils die bedeutsamsten Elemente beibehalten und einsetzen. Auch für achtsamkeitsbasierte Ansätze gilt demnach das Newton zugeschriebene Bonmot „standing on the shoulders of giants“ (Mark Williams in einem Interview 2011).

Bezogen auf Meehls oben wiedergegebene Kritik gehen wir davon aus, dass die Anwendung achtsamkeitsbasierter Verfahren aktuell häufig durch Enthusiasmus und Anwendungsversuche in verschiedenen Bereichen charakterisiert ist – ob auf diese Phase eine Phase der Desillusionierung folgen wird kann aktuell natürlich nicht beantwortet werden: aus unserer Sicht ist jedenfalls unwahrscheinlich, dass der Grund für eine solche Desillusionierung aufgrund empirischer Ergebnisse erfolgt: die aktuellen Metaanalysen (z. B. Hofmann et al., 2010) zeichnen das Bild verblüffend homogener Effektstärken bei den Studien, die in den letzten Jahrzehnten durchgeführt wurden, und Wirksamkeitsnachweise bei unterschiedlichen Studienpopulationen. Desillusionierung ist allerdings für KollegInnen zu erwarten, die überzogene Heilerwartungen an achtsamkeitsbasierte Ansätze im Bereich der Klinischen Psychologie haben: wie andere Behandlungsansätze auch wird sich Achtsamkeit als für einzelne Bereiche sehr hilfreich, für andere weniger wirksam oder gar problematisch

erweisen. Deshalb gehen wir davon aus, dass einzelne KollegInnen möglicherweise handeln werden wie Meehl es beschreibt („people just sort of lose interest in the thing and pursue other endeavors“, Meehl, 1978, p. 807) – wir gehen aber auf der anderen Seite auch davon aus, dass Achtsamkeits- und akzeptanzorientierte Ansätze nachhaltige Spuren in der verhaltenstherapeutischen Behandlung hinterlassen werden.

## Finanzierung

Weder die Publikation noch die zugrunde liegende Untersuchung wurden finanziell gefördert.

## Deklaration konkurrierender Interessen

Es bestehen keinerlei konkurrierenden Interessen im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

## Literatur

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539–544.
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüger, A., Steil, R. (2011). Dialektisch Behaviorale Therapie für Posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 61, 140–147.
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm* (1. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Fromm, E., Suzuki, D. T. & DeMartino, R. (1960). *Zen Buddhism and psychoanalysis*. New York: Harper & Row.
- 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. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2004). *Akzeptanz- und Commitment Therapie. Ein erlebensorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. München: CIP-Medien.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2013). *Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.). (2009). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – ein Handbuch* (3. Aufl.). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- 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.

- Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M. & Michalak, J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 188–189.
- Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Reviews*, 28, 1–16.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169–183.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Gesund durch Meditation*. Frankfurt: Fischer.
- Killingsworth, M. A. & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932.
- Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936–951.
- Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 73–86.). Reno, NV: Context Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Meehl, P. E. (1978). Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the slow progress of soft psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 806–834.
- Meibert, P., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2013). Stressbewältigung durch Achtsamkeit: MBSR. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 165–179). Weinheim: Beltz.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Williams, J. M. G. (2012). *Achtsamkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2013). Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT). In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 121–149). Weinheim: Beltz.
- Piet, J. & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 31, 1032–1040.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125–162.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Sonntag, R. F. (2013). Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Die "dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis* (S. 20–40). Weinheim: Beltz.

### Thomas Heidenreich

Prof. Dr. phil., Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor. Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie. Professur „Psychologie für Soziale Arbeit und Pflege“ an der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege an der Hochschule Esslingen. Arbeitsschwerpunkte: Kognitiv-behaviorale Ansätze bei psychischen Störungen (insb. Soziale Ängste und Depression), achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Psychotherapie, Bewältigung schwieriger Therapie- und Beratungssituationen.

### Johannes Michalak

Prof. Dr. phil., Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor. Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie. Professur für Klinische Psychologie an der Universität Hildesheim. Arbeitsschwerpunkte: Achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Psychotherapie, Emodiment, persönliche Ziele von Psychotherapiepatienten.

Prof. Dr. Thomas Heidenreich

Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege  
Hochschule Esslingen  
Flandernstr. 101  
73732 Esslingen  
Deutschland  
Tel.: +49(0)711 397–45 86  
thomas.Heidenreich@hs-esslingen.de

Eingereicht: 11.02.2013

Angenommen nach Revision: 06.12.2013