



Wells

Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression



BELTZ

Adrian Wells

Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression

BELTZ

Anschrift des Autors:

Adrian Wells, PhD
Professor of Clinical and Experimental Psychopathology
University of Manchester, UK

Deutsche Bearbeitung:

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger
Universität Lübeck
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
E-Mail: Ulrich.Schweiger@psychiatrie.uk-sh.de

Das Original des Buchs ist unter dem Titel "Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression" bei The Guilford Press, New York, London erschienen © 2009.

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition by The Guilford Press. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Julius Beltz GmbH & Co.KG, PVU and is not the responsibility of The Guilford Press. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original copyright holder, The Guilford Press.

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage 2011

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2011
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Übersetzung: Janina Schweiger, Dr. Oliver Korn, Martin Hauptmeier, Dr. Valerija Sipos
Herstellung: Sonja Frank
Umschlaggestaltung: Nicole Gehlen, Heidelberg
Umschlagbild: Fotolia, laetitiacassan, New York, USA
Satz und Bindung: Druckhaus »Thomas Müntzer«, Bad Langensalza
Druck: Beltz Druckpartner, Hemsbach

Printed in Germany

ISBN 978-3-621-27798-3

Inhaltsübersicht

Vorwort	12
Vorwort der Übersetzer	15
1 Theorie der Metakognitiven Therapie	17
2 Psychometrische Instrumente und Befunderhebung im Rahmen der Metakognitiven Therapie	38
3 Basisfertigkeiten des Therapeuten in der Metakognitiven Therapie	50
4 Aufmerksamkeitstraining (Attention Training Technique, ATT)	69
5 Detached Mindfulness (DM, Losgelöste Achtsamkeit)	84
6 Generalisierte Angststörung	101
7 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	138
8 Zwangsstörungen	172
9 Schwere depressive Störung (Major Depressive Disorder)	215
10 Empirische Grundlagen der Metakognitiven Theorie und Therapie	244
11 Schlussgedanken	268

Anhang

Literatur	280
Hinweise zu den Online-Materialien	287
Abkürzungsverzeichnis	288
Materialien	289
Sachwortverzeichnis	328

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	12
Vorwort der Übersetzer	15
1 Theorie der Metakognitiven Therapie	17
1.1 Die Erscheinungsformen der Metakognition	20
1.2 Zwei Arten metakognitiver Erfahrung: Die Modi	23
1.3 Das metakognitive Modell psychischer Erkrankungen	24
1.4 Cognitive Attentional Syndrome CAS	26
1.5 Konsequenzen des Cognitive Attentional Syndrome (CAS)	29
1.6 Positive und negative metakognitive Überzeugungen	30
1.7 Ein überarbeitetes A-B-C-Modell	32
2 Psychometrische Instrumente und Befunderhebung im Rahmen der Metakognitiven Therapie	38
2.1 Operationalisierung des A-M-C-Modells	39
2.2 Verhaltensexperimente zur Erhebung des Befundes bei Angststörungen	40
2.3 Fragebögen	42
2.3.1 Fragebogen zu Metakognitionen (Metacognitions Questionnaire MCQ-65 und MCQ-30)	42
2.3.2 Gedanken-Kontroll-Fragebogen (Thought Control Questionnaire TCQ)	43
2.3.3 Angst-Gedanken-Inventar (Anxious Thoughts Inventory AnTI)	44
2.3.4 Metasorgen-Fragebogen (Meta-Worry Questionnaire MWQ)	45
2.3.5 Gedanken-Fusion-Fragebogen (Thought Fusion Instrument TFI)	46
2.4 Ratingskalen	46
2.4.1 CAS-I	47
2.4.2 Einsatz von Ratingskalen zur Behandlungsevaluation	47
2.5 Sieben Schritte zur Befunderhebung	48

3	Basisfertigkeiten des Therapeuten in der Metakognitiven Therapie	50
3.1	Identifizierung und Wechsel der Ebenen	50
3.2	Das Erkennen des Cognitive Attentional Syndroms (CAS)	53
3.3	Metakognitiv-fokussierter sokratischer Dialog	55
3.3.1	Aufdecken metakognitiver Überzeugungen mithilfe des sokratischen Dialogs	58
3.3.2	Exploration von aufrechterhaltenden Prozessen mithilfe des sokratischen Dialogs	59
3.3.3	Metakognitiv-fokussierte verbale Reattribution	61
3.4	Metakognitive Exposition	63
4	Aufmerksamkeitstraining (Attention Training Technique, ATT)	69
4.1	Überblick über das Aufmerksamkeitstraining (ATT)	69
4.2	Die Einführung des Patienten in das Aufmerksamkeitstraining ATT	71
4.2.1	Die Selbstaufmerksamkeitsskala	73
4.2.2	Instruktionen für das Aufmerksamkeitstraining	74
4.2.3	Feedback des Patienten	76
4.2.4	Hausaufgaben	77
4.2.5	Troubleshooting	77
4.3	Übersicht über die erste Sitzung mit Aufmerksamkeitstraining	78
4.4	Fallbeispiel	79
4.5	Neuausrichtung der Aufmerksamkeit (Situational Attention Refocusing, SAR)	81
5	Detached Mindfulness (DM, Losgelöste Achtsamkeit)	84
5.1	Zielsetzungen bei der Anwendung von Detached Mindfulness (DM)	86
5.2	Elemente der Detached Mindfulness (DM)	87
5.3	Ein Informationsverarbeitungsmodell der Detached Mindfulness	87
5.4	Detached Mindfulness und andere Definitionen der Achtsamkeit	89
5.5	Zehn Basistechniken, die zum Zustand von Detached Mindfulness führen	92
5.6	Hausaufgaben	98
5.7	Die Anwendung der Detached Mindfulness in der Metakognitiven Therapie	99

6	Generalisierte Angststörung	101
6.1	Das metakognitive Modell der Generalisierten Angststörung	104
6.2	Die Struktur der Behandlung: Acht Stufen	109
6.2.1	Das individuelle Fallkonzept	109
6.2.2	Einführung des Patienten in das Modell	114
6.2.3	Kritische Überprüfung der Überzeugung: Sich-Sorgen ist unkontrollierbar	117
6.2.4	Kritische Überprüfung der Überzeugung: Sich-Sorgen ist gefährlich	122
6.2.5	Kritische Überprüfung positiver metakognitiver Überzeugungen	129
6.2.6	Neue Pläne für die kognitive Verarbeitung	133
6.2.7	Rückfallprophylaxe	134
6.3	Behandlungsplan Generalisierte Angststörung	135
7	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	138
7.1	Das CAS bei Posttraumatischer Belastungsstörung	141
7.2	Das metakognitive Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung	143
7.3	Die Struktur der Behandlung	147
7.3.1	Das individuelle Fallkonzept	148
7.3.2	Einführung des Patienten in das Modell	151
7.3.3	Übung der Technik der Detached Mindfulness (DM)	153
7.3.4	Übung der Techniken des Aufschiebens von Grübeln und Sich-Sorgen, Stoppen des Lückenfüllens	157
7.3.5	Auseinandersetzung mit maladaptiven Bewältigungsstrategien	160
7.3.6	Modifikation der Aufmerksamkeit	162
7.3.7	Neue Pläne für die kognitive Verarbeitung	166
7.3.8	Rückfallprophylaxe	168
7.4	Behandlungsplan Posttraumatische Belastungsstörung	168
8	Zwangsstörungen	172
8.1	Objektmodus vs. metakognitiver Modus	174
8.2	Zwei Arten metakognitiver Veränderung	176
8.3	Das CAS bei Zwangsstörungen	177
8.4	Metakognitive Überzeugungen	179
8.5	Das metakognitive Modell der Zwangsstörungen	181
8.6	Die Struktur der Behandlung	186
8.6.1	Das individuelle Fallkonzept	186

8.6.2	Einführung des Patienten in das metakognitive Modell der Zwangsstörung	190
8.6.3	Metakognitive Modifikation	193
8.6.4	Kritische Überprüfung spezifischer metakognitiver Überzeugungen	198
8.6.5	Verhaltensexperimente	201
8.6.6	Veränderung von Überzeugungen in Bezug auf Rituale	207
8.6.7	Neue Pläne zur kognitiven Verarbeitung	210
8.6.8	Rückfallprophylaxe	211
8.7	Behandlungsplan Zwangsstörungen	212
9	Schwere depressive Störung (Major Depressive Disorder)	215
9.1	Das CAS bei Depression	219
9.2	Das metakognitive Modell der Depression	220
9.3	Die Struktur der Behandlung	224
9.3.1	Das individuelle Fallkonzept	224
9.3.2	Einführung des Patienten in das metakognitive Modell der Depression	229
9.3.3	Üben des Aufmerksamkeitstrainings und Detached Mindfulness	231
9.3.4	Modifikation negativer metakognitiver Überzeugungen	233
9.3.5	Modifikation positiver metakognitiver Überzeugungen	237
9.3.6	Neue Pläne zur kognitiven Verarbeitung	239
9.3.7	Rückfallprophylaxe	240
9.4	Behandlungsplan Major Depression	241
10	Empirische Grundlagen der Metakognitiven Theorie und Therapie	244
10.1	Die Konsequenzen des Cognitive Attentional Syndrome (CAS)	244
10.1.1	Sich-Sorgen und Grübeln	244
10.1.2	Bedrohungsmonitoring	246
10.1.3	Metakognitive Bewältigungsstrategien	248
10.2	Metakognitive Überzeugungen	249
10.3	Die Rolle von CAS und Metakognitionen in der Entstehung von psychischen Störungen	254
10.4	Lassen sich psychische Störungen durch Metakognitionen erklären?	255

10.5	Daten aus Strukturgleichungsmodellen	257
10.6	Zusammenfassung der empirischen Belege zur metakognitiven Theorie	259
10.7	Empirische Belege für die Wirksamkeit der Therapie	260
10.7.1	Wirksamkeit des Aufmerksamkeitstrainings (Attention Training Technique, ATT)	260
10.7.2	Wirksamkeit metakognitiver Expositionsstrategien	262
10.7.3	Wirksamkeit des gesamten metakognitiven Therapieprogramms	263
11	Schlussgedanken	268
11.1	Spezifikation einer transdiagnostischen Behandlung	270
11.2	Ein universelles Störungsmodell	271
11.3	Neurobiologie und Metakognitive Therapie	276
11.4	Metakognitive Therapie im weiteren Kontext	276

Anhang

Literatur	280
Hinweise zu den Online-Materialien	287
Abkürzungsverzeichnis	288
Materialien	289
Sachwortverzeichnis	328

Vorwort

Kognitionen haben eine große Bedeutung. Es ist eine wohlbekannte Tatsache, dass Gedanken einen starken Einfluss auf unser emotionales und psychologisches Wohlbefinden haben. Aber bedenken Sie Folgendes: Gestern sind Ihnen Tausende von Gedanken durch den Kopf gegangen. Manche waren angenehm, andere weniger. Wo sind all diese Gedanken hin? Gedanken tauchen auf und verschwinden wieder. Eine zentrale Prämisse unseres Ansatzes ist, dass sich psychische Störungen damit beschreiben lassen, in welchem Ausmaß manche Gedanken erneut durchgegangen und ausgedehnt bearbeitet oder einfach losgelassen werden.

Dieser Prozess von Auswahl und Steuerung von Denkmustern beruht auf Metakognitionen. Dabei geht es um die Auseinandersetzung mit und Beziehung zu unseren inneren kognitiven Prozessen. In der kognitiv-behavioralen Theorie wird den gedanklichen Inhalten eine große Bedeutung bei der Diagnose einer psychischen Störung zugemessen. In welcher Weise wir jedoch über ein Ereignis, über ein Gespräch, über uns und die Welt um uns herum nachdenken, hat viel tief greifendere Auswirkungen. Wie wir auf Gedanken reagieren, kann zu emotionalem Leiden führen.

In den letzten vierzig Jahren hat das kognitiv-behaviorale Modell zu einem gut handhabbaren Verständnis des Einflusses von Kognitionen auf das psychische Wohlbefinden geführt. Dank dieses Modells konnten Techniken zur Behandlung von affektiven Störungen entwickelt werden. Genau wie das kognitiv-behaviorale Modell geht die Metakognitive Therapie (MCT) davon aus, dass psychische Störungen ihren Ursprung in verzerrtem Denken haben. Sie geht jedoch von unterschiedlichen Ursachen und Mechanismen aus. Frühere Ansätze der kognitiven Therapie sagen überraschend wenig darüber aus, wie nicht-hilfreiche Denkmuster entstehen. Es reicht nicht aus, solche Muster nur auf zugrunde liegende Überzeugungen über das Selbst oder die Welt wie »Ich bin verletzlich« oder »Ich bin ein Versager« zurückzuführen. Ein Gedanke wie »Ich bringe nichts zustande« kann der Anstoß für eine Reihe von Verhaltensreaktionen sein, zum Beispiel neue Strategien einzusetzen, um erfolgreicher zu werden, sich noch mehr anzustrengen oder diesen Gedanken einfach als irrelevant abzuhaken.

Negative Überzeugungen führen nicht automatisch zu störenden Denkmustern und anhaltendem emotionalen Leiden. Die metakognitive Theorie postuliert, dass psychische Störungen auf Metakognitionen beruhen, die getrennt von den Überzeugungen und Gedanken existieren, die in der kognitiv-behavioralen Therapie eine so wichtige Rolle spielen.

Die Denkmuster bei einer psychischen Störung haben ein bedeutendes Charakteristikum. Sie sind von repetitiver, grüblerischer Qualität, die schwer zu steuern ist. Frühere kognitive Ansätze machten hierzu keine Aussagen und konzentrierten sich auf spezifische irrationale oder kurzfristige negative automatische Gedanken. Diese machen aber nur einen kleinen Anteil menschlicher Kognition aus. Die meisten Patienten berichten von Ketten unkontrollierbarer kognitiver Aktivitäten, die nur wenig zu der Beschreibung automatischer Gedanken passen. Die Steuerung mentaler

Prozesse und der Selektion von Gedanken ist der Kern emotionalen Leidens. Statt die Ursachen emotionaler Probleme bei automatischen Gedanken zu suchen, sieht die MCT psychische Probleme in enger Beziehung zu nicht-hilfreichen Prozessen wie Sich-Sorgen-machen, Grübeln und mentalen Kontrollstrategien.

Am Anfang meiner zwanzig Jahre dauernden Reise, die zur Entwicklung der Metakognitiven Therapie führte, schien es, als könne man Fortschritte erreichen, indem man herausfindet, welche Faktoren Gedanken steuern und zu quälenden Gedanken führen. Ich entwickelte die Überzeugung, dass man hierfür das Konzept der Metakognition erweitern müsse, um zu verstehen, welche Rolle die Steuerung von Aufmerksamkeit und mentaler Prozesse bei einer psychischen Störung spielt.

Der Begriff der Metakognition bezieht sich auf die Faktoren des Denkens, die das Denken steuern, kontrollieren und bewerten. Sie können unterteilt werden in metakognitives Wissen (z. B. »Ich muss mir Sorgen machen, damit ich meine Probleme bewältigen kann«), metakognitive Erfahrungen (z. B. »Feeling of knowing«, Einschätzungen darüber, ob eine gerade nicht reproduzierbare Information wiedererkannt werden kann) und Strategien (z. B. Möglichkeiten, Gedanken zu steuern und Überzeugungen aufrechtzuerhalten).

Eine zentrale Annahme besteht darin, dass metakognitive Faktoren für die dysfunktionalen Denkstile bei psychischen Störungen verantwortlich sind, die negative Emotionen aufrecht erhalten. In ihrer »harten« Variante geht die metakognitive Theorie davon aus, dass irrationale Überzeugungen oder Schemata, die Albert Ellis und Aaron T. Beck in ihren jeweiligen kognitiven Theorien hervorheben, das Ergebnis von Metakognitionen sind, zumindest aber ihr überdauerndes Bestehen und ihre Wirkungen.

Die Art und Weise, wie Metakognitionen die Aufmerksamkeit lenken und den Denkstil und Bewältigungsstrategien festlegen, ist dafür verantwortlich, dass dysfunktionale Inhalte entstehen. In dieser dynamischen Betrachtungsweise entstehen Überzeugungen immer wieder durch relativ stabile Metakognitionen. Diese Sicht impliziert, dass in der Behandlung Metakognitionen verändert werden müssen und nicht ihre Folgen.

In ihrer »weichen« Variante ist der Ausgangspunkt der metakognitiven Theorie, dass metakognitive Überzeugungen neben den herkömmlichen Überzeugungen über das Selbst und die Welt existieren. Sie bilden jedoch eine für sich abgeschlossene Einheit, die für die Steuerung kognitiver Prozesse und den Gebrauch von Überzeugungen und Wissen verantwortlich ist. In dieser Variante könnte die Veränderung von herkömmlichen Überzeugungen weiterhin eine Komponente der Behandlung darstellen. Auf jeden Fall müsste sie sich zusätzlich auch mit den zugehörigen Metakognitionen beschäftigen.

In beiden Varianten hat der metakognitive Ansatz tief greifende Implikationen für die Behandlung. Er führt uns zu Behandlungsstrategien, die es den Patienten ermöglichen, einen neuen Bezug zu ihren Gedanken und Überzeugungen zu gewinnen. Der Therapeut hat die Aufgabe an der Veränderung von Metakognitionen zu arbeiten, die die dysfunktionalen persistierenden Denkstile zur Folge haben. Das Hinterfragen des Wahrheitsgehalts von Gedanken und Überzeugungen, wie in der traditionellen CBT,

steht hingegen nicht im Vordergrund. Der metakognitive Ansatz der Traumabehandlung geht beispielsweise davon aus, dass bestimmte metakognitive Überzeugungen und Kontrollstrategien natürliche selbstregulatorische Prozesse behindern oder sogar unterbrechen. Die Folge davon ist, dass die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nicht abklingen können. Die Tendenz, sich Sorgen zu machen oder zu grübeln, das beständige Lenken der Aufmerksamkeit auf potenzielle Gefahren und das Vermeiden von traumaassoziierten Gedanken stören den gesunden Anpassungsprozess und führen zu einem anhaltenden Nachdenken über Gefahren und der Persistenz von Symptomen.

Hieraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die Behandlung darin bestehen muss, Sich-Sorgen-machen und Grübeln abzuschwächen und das Bedrohungsmonitoring aufzugeben. Der Therapeut unterstützt den Patienten dabei, auf intrusive Gedanken nicht mehr mit Vermeidung, Gedankenunterdrückung, ausgiebigem Grübeln oder ähnlichen Denkstrategien zu reagieren. Der Unterschied zur KVT-Behandlung besteht darin, dass die metakognitive Behandlung weder eine Veränderung von Gedanken und Überzeugungen über das Trauma noch lang andauernde und wiederholte Expositionen mit traumatischen Erinnerungen beinhaltet. Stattdessen besteht sie darin, sich auf eine neue Art und Weise auf Gedanken zu beziehen, ohne Widerstand oder ausgiebige konzeptionelle Analysen. Der Patient wird dabei unterstützt, dysfunktionale Denkstile wie Sich-Sorgen-machen, Grübeln oder unflexibles Bedrohungsmonitoring aufzugeben. Auch in der MCT werden Überzeugungen kritisch überprüft, der Fokus liegt jedoch auf den Überzeugungen, die der Patient über seine kognitiven Prozesse hat.

In der Behandlung der Depression zielt die MCT auf die Veränderung des Prozesses des Grübelns statt auf die Inhalte von negativen automatischen Gedanken. Sie beinhaltet ein Aufmerksamkeitstraining zur Unterbrechung repetitiv auftretender negativer Denkprozesse. Hierdurch soll wieder eine flexible Kontrolle über das Denken erreicht werden. Gleichzeitig regt der Therapeut den Patienten an, negative und positive metakognitive Überzeugungen über den Prozess des Grübelns zu überprüfen. Typische negative Metakognitionen beziehen sich auf die Unkontrollierbarkeit des depressiven Denkens, die positiven Metakognitionen, auf die Notwendigkeit zu grübeln, um Niedergeschlagenheit zu bewältigen und Antworten auf sie zu finden.

Jeder Leser hat seine eigenen Ziele und seinen eigenen Stil, wie er Inhalte verarbeitet. Dieses Buch ist ein detailliertes Behandlungsmanual mit einer großen Zahl von therapeutischen Techniken, die in der metakognitiven Theorie fest verankert sind. Der Leser findet Interviewleitfäden, mit denen er Fallkonzepte erstellen kann, Behandlungspläne und psychometrische Instrumente für die Befunderhebung. Viele der vorgestellten Ideen sind neu. Es erfordert praktische Erfahrung in der Anwendung, um das Wesen der MCT vollständig zu erfassen. Ich habe versucht, die Terminologie so einfach wie möglich zu gestalten. Ich hoffe, dass dadurch die wissenschaftliche und konzeptuelle Integrität des metakognitiven Ansatzes keinen Schaden genommen hat.

Adrian Wells

Vorwort der Übersetzer

Psychotherapie befindet sich zurzeit in einer außerordentlich dynamischen Entwicklung. Wesentliche Triebfedern sind dabei einerseits das zunehmende Wissen über die spezifische Psychopathologie einzelner Störungen oder auch transdiagnostisch verschiedener Störungsklassen, andererseits die kritische Auseinandersetzung mit Problemen der klassischen kognitiven Therapie, insbesondere den Schwierigkeiten, die sich aus dem Versuch ergeben, sogenannte dysfunktionale Kognitionen inhaltlich zu bearbeiten. Metakognitive Therapie ist Bestandteil der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie. Sie hat eine Reihe von Besonderheiten: 1) Sie stützt sich auf psychologische Grundlagenforschung. Metakognition kommt als Begriff aus der Cognitive Neuroscience. Er wurde von dem amerikanischen Entwicklungspsychologen John Flavell in den 70er Jahren eingeführt und über lange Zeit ausschließlich in der Entwicklungspsychologie und Lernpsychologie verwendet. Adrian Wells kommt das Verdienst zu, die Bedeutung von Metakognition für die Psychotherapie entdeckt zu haben. 2) Metakognitive Therapie wurde »bottom-up« entwickelt. Dabei wurden zuerst metakognitive Phänomene wie Sich-Sorgen, Grübeln, Bedrohungsmonitoring bei Patienten mit psychischen Störungen untersucht, dann zunächst einzelne Techniken auf Durchführbarkeit und Wirksamkeit untersucht, schließlich ein gesamtes Therapiepakett in Einzelstudien entwickelt und schließlich in randomisierten kontrollierten Studien getestet.

Die Übertragung eines Therapiemanuals in eine andere Sprache und eine andere Beziehungs- und Therapiekultur stellt die Übersetzer immer wieder vor Herausforderungen, die nicht perfekt lösbar sind. Deshalb hier noch einige Anmerkungen:

Soweit im nachfolgenden Text personenbezogene Bezeichnungen im Maskulinum stehen, werden diese Formen verallgemeinernd verwendet und beziehen sich auf beide Geschlechter (generisches Maskulinum). Dies gilt besonders für die Verwendung des Begriffs Patient. Aus Gründen von sprachlicher Einfachheit und Lesbarkeit sprechen wir von Patient und Therapeut, wohl wissend, dass beide Geschlechter Therapeuten oder Patientinnen sein können. Insgesamt betreffen die in diesem Buch behandelten Störungen Frauen und Männer in ähnlicher Weise.

Manche Begriffe klingen im Englischen einfach und elegant und sind im Deutschen eher holprig. »Worrying« wird von Adrian Wells als aktiver kognitiver Prozess verstanden. Am besten kommt dieses Aktive in Sich-Sorgen-Machen zum Ausdruck, aus Gründen der Kompaktheit verwenden wir aber oft nur Sich-Sorgen oder Sorgen.

»To control« hat ein breiteres Bedeutungsfeld als das deutsche »kontrollieren«. Es bedeutet nicht nur überprüfen, sondern auch aktiv steuern, verändern oder unterdrücken. »Unkontrollierbarkeit« bedeutet deshalb, dass der gesamte Regelkreis der Verhaltenssteuerung tatsächlich oder subjektiv beeinträchtigt ist.

Eine Reihe von englischen Fachbegriffen kann nicht oder nur in potentiell missverständlicher Weise übersetzt werden, sodass wir uns entschlossen haben, sie als Termini technici zu behalten:

Cognitive Attentional Syndrome könnte man wörtlich als kognitives Aufmerksam-

keitssyndrom bezeichnen. Das würde dann an Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom erinnern, was in die Irre führt. Tatsächlich beschreibt das Cognitive Attentional Syndrom eine Gruppe von Verhaltensweisen, die im psychopathologischen Kontext zusammen auftreten. Dabei handelt es sich um perseverierende kognitive Prozesse, nämlich Grübeln und Sich-Sorgen-Machen, um Aufmerksamkeitsprozesse, nämlich die einseitige Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf potentielle Bedrohungen (Bedrohungsmonitoring), sowie um dysfunktionale kognitive Bewältigungsstrategien wie Gedankenunterdrückung, Vermeidungsverhalten und Substanzmissbrauch.

Detached Mindfulness bedeutet wörtlich übersetzt »losgelöste Achtsamkeit«. *Detached Mindfulness* beschreibt einen bestimmten Modus metakognitiven Erlebens. Achtsamkeit bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die bewusste Wahrnehmung eines Gedankens oder einer Überzeugung als inneres Ereignis. »Lösgelöst« meint: (1) Verzicht auf konzeptuelle oder bewältigungsorientierte Aktivität als Reaktion auf den Gedanken und (2) Trennung der bewussten Erfahrung des Selbst von der bewussten Erfahrung des Gedankens. Aufgrund der extrem heterogenen Definitionen des Begriffs Achtsamkeit in der religiösen wie in der psychologischen Literatur haben wir uns entschieden, den Begriff *Detached Mindfulness* als *Terminus technicus* zu behalten. Wir wollen so Verwechslungen oder Vermischungen mit verwandten, überlappenden, aber letztlich doch unterschiedlichen Konzepten vermeiden.

Exposure and Response Commission ist ein Begriff, der in der deutschsprachigen psychologischen Literatur bisher nicht übersetzt wurde. Hierbei findet im Gegensatz zur *Exposure and Response Prevention* keine Reaktionsverhinderung statt. Vielmehr werden Exposition gegenüber Zwangsgedanken (*Exposure*) und Zwangshandlungen (*Response*) zusammengeführt (*Commission*).

Gefühl/Emotion: Die deutschen Begriffe »Gefühl« und »fühlen« haben ein sehr breites Bedeutungsfeld. Sie können sich auf Emotionen, auf Körperwahrnehmungen aber auch auf intuitives Wissen beziehen. Wir sprechen in dem vorliegenden Buch von Emotion immer dann, wenn nur Emotion gemeint ist. Wenn im Kontext von Metakognitiver Therapie gefragt wird »Wie fühlen Sie sich?«, ist es wichtig sicherzustellen, dass der Patient weiß, ob nach einer Emotion, einer Körperwahrnehmung oder nach intuitivem Wissen gefragt wird.

Wir möchten uns an dieser Stelle ganz herzlich bei Adrian Wells für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken. Wir konnten die vorgestellten Techniken in Workshops kennenlernen und bei Patienten anwenden. Psychotherapeutische Methoden leben immer auch von der Person des Protagonisten. Was bei Adrian besonders auffällt, ist Humor, Charme und die Fähigkeit auch zu unbekümmerter Lebensfreude. Unser besonderer Dank gilt auch Frau Dr. Wahl vom Beltz Verlag für ihre kontinuierliche und fachkundige Unterstützung sowie Frau Dr. Berger für die Lektoratsarbeit.

Lassen Sie das Buch auf sich wirken! Hier findet eine außerordentlich spannende Fortentwicklung von Psychotherapie statt.

Lübeck, im September 2010

Ulrich Schweiger, Valerija Sipos, Janina Schweiger, Oliver Korn, Martin Hauptmeier

1 Theorie der Metakognitiven Therapie

Nicht auf Deine Gedanken,
sondern auf Deine Reaktion darauf kommt es an!

Jeder Mensch hat negative Gedanken und jeder Mensch ist von Zeit zu Zeit von seinen negativen Gedanken überzeugt. Aber nicht jeder Mensch entwickelt daraufhin anhaltend Angst, Depression oder emotionales Leiden. Interessant ist doch die Frage: Was steuert unser Denken, was bestimmt, ob wir Gedanken verwerfen, sie vorbei ziehen lassen oder ob wir in anhaltendem Leiden versinken?

Die metakognitive Theorie bietet hierauf eine Antwort. Sie postuliert, dass Metakognitionen sowohl für die gesunde Steuerung unserer seelischen Prozesse, als auch für die Probleme, die dabei entstehen können, verantwortlich sind. Sie geht davon aus, dass nicht das *Was*, sondern das *Wie* des Denkens für Emotionen und Emotionskontrolle verantwortlich ist.

Denken kann mit der Aktivität eines großen Orchesters mit vielen Musikern und Instrumenten verglichen werden. Um eine akzeptable Overtüre zu spielen, braucht es eine Partitur und einen Dirigenten. Metakognition ist Partitur und Dirigent unseres Denkens. Metakognition ist ein kognitiver Prozess, der auf Kognition angewandt wird. Metakognition überwacht, kontrolliert und bewertet die Ergebnisse und Prozesse unseres bewussten Denkens.

Für die meisten Menschen hält emotionales Leid nicht lange an, weil sie gelernt haben, flexibel mit ihren negativen Gedanken und Überzeugungen umzugehen. Dagegen geraten Menschen dann in emotionale Bedrängnis, wenn ihre Metakognitionen ein bestimmtes Muster im Umgang mit inneren Erlebnissen verursachen, das Emotionen aufrecht erhält und negative Gedanken verstärkt. Dieses Muster wird als Cognitive Attentional Syndrome (CAS), kognitives Aufmerksamkeitssyndrom, bezeichnet. Es besteht aus Sorgen, Grübeln, fixierter Aufmerksamkeit und nicht hilfreichen Bewältigungsstrategien.

Auf die Frage »Was haben Sie in der Metakognitiven Therapie in Bezug auf Ihre Depression gelernt?« antwortete eine Patientin: »Das Problem ist nicht, dass ich negative Gedanken habe, sondern wie ich auf sie reagiere. Ich habe erst in der Therapie entdeckt, dass ich selbst Öl ins Feuer gegossen habe«. Sie hatte entdeckt, dass sie mit ihrer Reaktion auf negative Gedanken ungewollt einen dysfunktionalen Denkstil geschaffen hatte; dadurch hatte sich ihre negative Sicht der eigenen Person verstärkt.

Metakognition ist überaus wichtig, um zu verstehen, wie kognitive Prozesse funktionieren und wie sie das bewusste Erleben der eigenen Person und der Umwelt erzeugen. Metakognition bestimmt, worauf wir unsere Aufmerksamkeit richten und welche Wahrnehmungen unser Bewusstsein erreichen. Sie bestimmt unsere Bewertungen

und beeinflusst, mit welchen Strategien wir Gedanken und Emotionen regulieren. Sie hat entscheidenden Einfluss darauf, was wir glauben und denken und ist Grundlage unterschiedlicher emotionaler Erfahrungen. Das Wissen über Metakognition und die ihr zugewiesene Schlüsselrolle für die Entstehung psychischer Störungen sind die Grundlage der Metakognitiven Therapie (Metacognitive Therapy, MCT).

Grundlegende Prämisse der traditionellen Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) wie der Schematheorie von Beck (vgl. Beck, 1967, 1976) und der Rational-Emotiven Therapie von Ellis (vgl. Ellis, 1962; Ellis & Harper, 1961) ist, dass Fehler oder Verzerrungen im Denken psychische Störungen verursachen. Beide Ansätze weisen dysfunktionalen Überzeugungen eine zentrale Rolle zu. Die Metakognitive Therapie stimmt mit dieser Sichtweise prinzipiell überein, was sie zu einer Form von kognitiver Therapie macht. Sie unterscheidet sich jedoch von den genannten Ansätzen darin, dass sie einen bestimmten Denkstil und bestimmte Annahmen als Ursache von psychischen Störungen identifiziert. Der Denkstil, auf den sich die Metakognitive Therapie konzentriert, sind nicht kognitive Verzerrungen, wie z. B. überhöhte Standards oder Schwarz-Weiß-Denken, sondern das Cognitive Attentional Syndrome (CAS), gekennzeichnet durch perseverierende Denkprozesse wie Sich-Sorgen und Grübeln, verbunden mit einer einseitigen Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf potentielle Gefahren. Die Metakognitive Therapie sieht Überzeugungen über das Denken (metakognitive Überzeugungen) als besonders bedeutsam an. Annahmen über die Welt und die eigene Person, die bei KVT und Rational-Emotiver Therapie im Vordergrund stehen, haben bei der Metakognitiven Therapie einen geringeren Stellenwert.

Die KVT geht traditionell davon aus, dass nicht die Ereignisse an sich die psychischen Störungen verursachen, sondern wie sie interpretiert werden, welche Bedeutung Menschen ihren Erlebnissen zuschreiben. Sie sieht das Problem in fehlerhaften und verzerrten Sichtweisen des Selbst und der Welt. Sie beschäftigt sich mit der Veränderung der gedanklichen Inhalte und dem Glauben der Person an den Wahrheitsgehalt dieser Inhalte.

Dagegen konzentriert sich die Metakognitive Therapie auf die Art und Weise, *wie* Menschen denken. Sie geht davon aus, dass das Problem in unflexiblen und perseverierenden kognitiven Prozessen liegt, die als Reaktion auf negative Gedanken, Gefühle und Überzeugungen stattfinden. Metakognitive Therapie konzentriert sich darauf, dysfunktionale kognitive Prozesse zu reduzieren, und verlegt die Auseinandersetzung mit kognitiven Inhalten auf die metakognitive Ebene. Wenn ein depressiver Patient denkt »Ich bin wertlos«, fragt der KVT-Therapeut »Was sind die Beweise dafür?«, der Therapeut in der Metakognitiven Therapie hingegen »Wozu ist es gut, seinen eigenen Wert einzuschätzen?«

Aus Sicht von KVT und Metakognitiver Therapie bestimmt der Inhalt von Grundannahmen und automatischen Gedanken den Typ der Störung. Gedanken an Gefahr haben Angst zur Folge; Gedanken an Verlust und Selbstabwertung Traurigkeit. Die Metakognitive Therapie postuliert jedoch, dass nicht diese Inhalte der Gedanken Ursache der Störung sind. Denn viele Menschen haben derartige Gedanken, für

die meisten sind die entsprechenden Emotionen aber vorübergehend. Das Problem bei emotionalen Störungen ist das Gefangensein in einem Zustand von chronischen oder wiederkehrenden negativen Emotionen. Eine perseverierende intensive negative kognitive Verarbeitung von für den Betroffenen relevanten Informationen verursacht emotionale Störungen. Metakognitive Therapie beschäftigt sich mit den metakognitiven Faktoren, die zu perseverierenden kognitiven Prozessen und fehlgeleiteten Bewältigungsstrategien führen.

Die KVT nimmt an, dass dysfunktionale Interpretationen von Ereignissen psychische Störungen verursachen. Diese Interpretationen werden auf Grundannahmen zurückgeführt. Allerdings gehören die grundlegenden Überzeugungen, denen die KVT eine wichtige Rolle zuspricht, in den Bereich inhaltlicher Bewertungen. Beispiele sind »Die Welt ist gefährlich« oder »Ich bin minderwertig«. In der Metakognitiven Therapie werden diese Gedanken nicht als primäres Phänomen, sondern als Ergebnis von Metakognitionen gesehen. Spezifische Muster der Aufmerksamkeitslenkung und des Denkens generieren und festigen solche Überzeugungen. Daher sind Metakognitionen und daraus resultierende Denkmuster in der Behandlung das Ziel der therapeutischen Interventionen, da sie die Ursache von negativen Gedanken sind. Die Grundannahmen oder Schemata der KVT werden von der Metakognitiven Therapie nicht als stabile Einheiten betrachtet, die gelöscht werden sollten. Vielmehr betrachtet sie diese als sekundäre Produkte der Denkprozesse des Patienten.

Metakognitive Therapie führt die Unterscheidung zwischen Kognition und Metakognition in die Therapie ein und konzentriert sich in der therapeutischen Arbeit auf die Metakognition. In anderen kognitiven Therapieverfahren gab es bisher keine vergleichbare Unterscheidung zwischen Kognition und Metakognition. Beispielsweise schreibt Beck »Während des Interviews mit dieser depressiven Mutter entdeckte ich, dass ihr Denken von fehlerhaften Ideen über die eigene Person und die Welt kontrolliert wurde. Trotz gegenteiliger Beweise glaubte sie, dass sie als Mutter versagt hatte« (1976, S. 16). Depressives Denken wird auf das Vorhandensein negativer Grundannahmen der Art »Ich bin ein Versager« zurückgeführt. Beck geht davon aus, dass das Denken der Patientin von ihrer irrigen fehlerhaften Annahme, ein Versager zu sein, kontrolliert wird. Bekommen alle Menschen, die sich für Versager halten, eine Depression? Entsprechend der Kognitiven Theorie müsste diese Frage mit »Ja« beantwortet werden. Die Metakognitive Therapie sieht dies anders. Sie geht davon aus, dass die meisten Menschen den Gedanken, ein Versager zu sein, kennen, aber dass sie aufgrund ihrer jeweiligen Metakognitionen unterschiedlich mit diesem Gedanken umgehen. Es sind also metakognitives Wissen und metakognitive Überzeugungen, die das nachfolgende Denken kontrollieren und nicht die inhaltsbezogenen Kognitionen.

Wir wollen diesen Sachverhalt genauer betrachten. Irgendwann im Leben glauben die meisten Menschen, ein Versager zu sein. Für manche ist das Ansporn zu erneuten Anstrengungen, für andere ist es der Ausgangspunkt einer Kette negativer Gedanken über persönliche Mängel und Schwächen. Wie können wir die Existenz dieser unterschiedlichen kognitiven und emotionalen Muster erklären? Die Metakognitive Therapie postuliert, dass Metakognition dieser Mechanismus ist, also der Aspekt von

Kognition, der dafür verantwortlich ist, wie eine Person als Reaktion auf einen Gedanken oder eine Emotion denkt und handelt.

Bei der depressiven Mutter aus der Fallvignette von Beck können wir annehmen, dass ihr Denken durch metakognitive Überzeugungen kontrolliert wird. Beispielsweise könnte sie denken »Wenn ich über meine Fehler nachdenke und analysiere, wie es zu ihnen gekommen ist, dann werde ich eine bessere Mutter!« Unglücklicherweise führt der gedankliche Prozess des Grübelns, der aus der metakognitiven Überzeugung »ich muss analysieren« resultiert, wahrscheinlich nicht zu befriedigenden Antworten und die Patientin wird fortfahren darüber nachzudenken, ein Versager zu sein.

Wenn Metakognition die entscheidende Rolle bei der Verursachung von psychischen Störungen spielt, dann sollte die Therapie darauf fokussieren, *wie* eine Person mit ihren metakognitiven Überzeugungen umgeht. Das Erheben der individuellen Gedanken und Überzeugungen, ihre Realitätsüberprüfung, also die Bewertung von Belegen für oder gegen kognitive Inhalte (z. B. »Ich bin ein Versager«) hat dagegen eine geringere Bedeutung. Der Fokus der Interventionen verschiebt sich zu kognitiven Prozessen und den zugrunde liegenden Metakognitionen. Die einzige Ausnahme besteht dann, wenn die Kognitionen selbst Metakognitionen sind. Ein wichtiges Beispiel hierfür ist Sich-Sorgen über Sorgen (z. B. »Die vielen Sorgen machen mich krank«).

1.1 Die Erscheinungsformen der Metakognition

Die Erforschung der Metakognition nahm ihren Anfang in der Entwicklungspsychologie, später in der Lernpsychologie und der Neuropsychologie (Brown, 1978; Flavell, 1979; Metcalfe & Shimamura, 1994). Erst in jüngster Zeit wird Metakognition als mögliche Grundlage für viele psychische Störungen in Betracht gezogen (Wells & Matthews, 1994; Wells, 1995, 2000).

Metakognition beinhaltet alle kognitiven Prozesse, die an der Interpretation, dem Monitoring oder der Steuerung von Kognition beteiligt sind. Der Begriff beschreibt ein breites Spektrum von Faktoren. Es ist sinnvoll, Metakognition in metakognitives Wissen, Erfahrungen und Strategien zu unterteilen (z. B. Flavell, 1979; Nelson, Stuart, Howard & Crawley, 1999; Wells, 1995). Alle diese Faktoren stehen in enger Wechselwirkung.

Metakognitives Wissen und Überzeugungen

Metakognitives Wissen beschreibt die Überzeugungen und Theorien, die Menschen über ihr eigenes Denken haben, ihre Annahmen über manche Arten von Gedanken, über die Leistungsfähigkeit ihres Gedächtnisses oder ihre Konzentrationsfähigkeit. Beispielsweise kann jemand glauben, dass bestimmte Gedanken schädlich sind. Ein religiöser Mensch etwa kann glauben, dass aggressive Gedanken oder Gedanken an Sexualität Sünde sind und bestraft werden. Derartige metakognitive Überzeugungen wirken sich darauf aus, wie Menschen auf ihre Gedanken reagieren und ihr Denken organisieren.

Die Metakognitive Theorie psychischer Störungen postuliert zwei Arten von metakognitivem Wissen (Wells & Matthews, 1994; Wells, 2000): (1) explizites (deklaratives) Wissen und (2) implizites (prozedurales) Wissen.

Explizites Wissen kann verbal ausgedrückt werden, z. B. »Ständiges Sich-Sorgen kann einen Herzinfarkt verursachen«, »Wenn ich schlechte Gedanken habe, bedeutet das, dass ich psychisch krank bin«, »Wenn ich auf Gefahren achte, vermeide ich, dass ich zu Schaden komme«.

Implizites Wissen ist nicht direkt verbalisierbar. Es handelt sich um Regeln oder Algorithmen, die das Denken, die Aufmerksamkeitslenkung, Suchprozesse im Gedächtnis oder den Einsatz von Heuristiken bei Entscheidungsprozessen steuern. Der Plan der Verarbeitung kann indirekt erschlossen werden, beispielsweise durch das Interview zur Erstellung eines metakognitiven Profils (Wells & Matthews, 1994). Implizites oder prozedurales Wissen repräsentiert die »Denkfertigkeiten«, die Menschen besitzen.

Neben diesen beiden Arten metakognitiven Wissens unterscheiden wir positive und negative Überzeugungen. Positive metakognitive Überzeugungen spezifizieren den Nutzen oder die Vorteile von kognitiven Aktivitäten, aus denen das CAS besteht. Z. B. »Es ist nützlich, die Aufmerksamkeit auf Gefahren zu richten« oder »Viel über die Zukunft nachdenken ermöglicht mir, Gefahren zu vermeiden«.

Negative metakognitive Überzeugungen beziehen sich auf die Unkontrollierbarkeit, die Bedeutung, die Wichtigkeit, die Gefährlichkeit von Gedanken und anderen kognitiven Erfahrungen, wie etwa das Vergessen von Information, z. B. »Ich habe keine Kontrolle über meine Gedanken«, »Meine Sorgen könnten meinem Verstand schaden«, »Wenn ich gewalttätige Gedanken habe, werde ich auch gegen meinen Willen gewalttätig handeln«, »Die Unfähigkeit, Namen zu erinnern, ist ein Zeichen für einen Hirntumor.«

Die Metakognitive Therapie sieht in den metakognitiven Überzeugungen den Schlüssel für die Art und Weise, wie Menschen auf negative Gedanken, Symptome und Emotionen reagieren. Sie sind die treibende Kraft hinter einem schädlichen Denkstil, der zu anhaltender psychischer Belastung führt.

Metakognitive Erfahrungen

Metakognitive Erfahrungen bezeichnen situationsbezogene Bewertungen und Emotionen, die Menschen bezüglich ihres seelischen Zustandes haben. Ein Beispiel für metakognitive Erfahrungen wäre etwa, wenn ein zwanghafter Patient seine intrusiven Gedanken negativ interpretiert oder das Sich-Sorgen über Sorgen bei Patienten mit Generalisierter Angststörung. Auch die Fehlinterpretationen von Gedanken bei Panikpatienten, die meinen, die Kontrolle über ihr Verhalten zu verlieren und verrückt zu werden, sind Beispiele für metakognitive Erfahrungen.

Metakognitive Erfahrungen beinhalten auch subjektive Wahrnehmungen, etwa das allgemein bekannte und alltägliche Beispiel des Es-liegt-mir-auf-der-Zunge-Phänomens, bei dem Menschen intuitiv wissen, dass eine Information im Gedächtnis gespeichert ist, obwohl sie im Moment nicht abrufbar ist. Ähnliche Phänomene sind

»Feeling of knowing« oder »Judgment of learning«, die in experimentellen Arbeiten zum Metagedächtnis und zur Urteilsbildung untersucht wurden (z. B. Nelson, Gerler & Narens, 1984; Nelson & Dunlosky, 1991). Die subjektiven metakognitiven Erfahrungen beeinflussen Suchprozesse im Gedächtnis und Lernstrategien.

Aus Sicht der Metakognitiven Therapie erhöhen negative Beurteilungen von Gedanken und Gefühlen die Wahrnehmung von Gefahr. Sie führen zu problematischen Versuchen, das Denken zu steuern. Subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen von Kognitionen beeinflussen die Einschätzung potentieller Bedrohung und entsprechender Bewältigungsstrategien. Oftmals verhindert dies zielorientiertes Handeln, wie das folgende Beispiel illustriert. Ein Patient mit dem Zwangsgedanken, einen Mord begangen zu haben, konzentrierte sich auf die Vollständigkeit seines Gedächtnisses für eine bestimmte Zeitspanne. Er wollte so entscheiden, ob er tatsächlich einen Mord begangen hatte. Jede Lücke in seinem Gedächtnis interpretierte er als möglichen Zeitraum, in dem er den Mord begangen haben könnte. Diese Strategie und seine Bewertung des Status seines Gedächtnisses (Metaerfahrungen) erhielten die Angst aufrecht.

Metakognitive Strategien

Metakognitive Strategien steuern und verändern das Denken im Dienste einer emotionalen und kognitiven Selbstregulation. Die Strategien können kognitive Aktivitäten jeweils intensivieren, unterdrücken oder verändern. Einige zielen darauf ab, Gedanken oder negative Emotionen zu verringern, indem sie kognitive Aspekte verändern. Ein Mensch kann seine Aufmerksamkeit auf Gefahren richten, um bestmöglich vorbereitet zu sein, er kann unangenehme Gedanken unterdrücken, positives Denken nutzen oder sich von Emotionen ablenken.

Bei psychischen Störungen erleben die Patienten oftmals einen Kontrollverlust über ihre Denkprozesse. Sie versuchen, ihr Denken in bestimmter Art zu steuern, was jedoch langfristig gesehen kontraproduktiv ist. Ebenso versuchen sie, Gedanken zu unterdrücken, Erfahrungen zu analysieren, um Antworten zu finden oder vorherzusagen, was in der Zukunft geschieht, um Probleme zu vermeiden. Patienten mit Angststörungen interpretieren bestimmte Gedanken negativ. Ihre Strategie ist es, diese Gedanken zu unterdrücken. Bei Patienten mit Hypochondrie oder Generalisierter Angststörung besteht eine Strategie darin, auf bestimmte Gefahrensignale zu achten und sich Sorgen zu machen. Ein hypochondrischer Patient erklärte, wie er fortlaufend mögliche gefährliche Ursachen seiner Muskelschwäche analysiert, um sicher zu sein, dass er nichts Wichtiges übersieht. Das Problem dieser wie auch der meisten anderen Strategien der Patienten ist, dass sie das Gefühl der Bedrohung aufrechterhält. Eine depressive Frau beschrieb, wie sie mit ihrer Traurigkeit umging: Sie grübelte über ihre Unzulänglichkeiten und Fehler mit dem Ziel, sich noch schlechter zu fühlen, um gezwungen zu sein, »sich zusammenzureißen«.

Die metakognitiven Strategien eines Menschen werden bestimmt von seinem metakognitiven Wissen und seinem inneren Modell, wie Kognitionen und Emotionen funktionieren. Metakognitives Wissen, metakognitive Überzeugungen, metakognitive Erfahrungen und Strategien stehen bei psychischen Störungen in enger Wechselwirkung.

Die metakognitive Theorie psychischer Störung postuliert, dass fehlerhaftes metakognitives Wissen, Erfahrungen und Strategien dysfunktionale kognitive Prozesse verursachen, die dann zu einer psychischen Störung führen. Bevor dies im Detail beschrieben wird, soll die Aufmerksamkeit auf einen Aspekt von metakognitiven Erfahrungen gelenkt werden, der eine bedeutende Rolle in der Metakognitiven Therapie spielt: Menschen können nicht nur denken, sondern auch über ihr Denken nachdenken. Es gibt zwei Arten, Gedanken zu erleben, als »Modi« bezeichnet (Wells, 2000).

1.2 Zwei Arten metakognitiver Erfahrung: Die Modi

Objektmodus

Gedanken und Überzeugungen werden gewöhnlich direkt erlebt wie Sinneswahrnehmungen, wie ein Mensch das Geräusch einer tickenden Uhr hört oder Schneeflocken auf ein Dach fallen sieht. Normalerweise sehen wir unsere Gedanken oder Grundannahmen nicht als innere Ereignisse an. Wir verschmelzen sie mit der Realität. Dieser Erfahrungstyp heißt *Objektmodus*. In ihm werden Gedanken oder Überzeugungen nicht von direkten Erfahrungen des Selbst oder der Welt unterschieden. Normalerweise befinden wir uns in diesem Zustand undifferenzierten Bewusstseins, und unterscheiden nicht zwischen inneren und äußeren Ereignissen und Gedanken und Sinneswahrnehmungen. In diesem Zustand sehen wir durch unsere Gedanken und Überzeugungen auf uns und die äußere Welt. Sie sind jedoch wie ein Filter, der unsere Vorstellungen färbt. Im Objektmodus machen wir den Fehler, unsere Gedanken nicht als innere Repräsentationen oder Konstruktionen zu sehen, die unabhängig von unserem aktuellen Selbst oder der Welt sind.

Metakognitiver Modus

Der *metakognitive Modus* des Erlebens unterscheidet sich deutlich vom Objektmodus: Gedanken werden als vom Selbst und der Welt getrennte innere Ereignisse betrachtet. Sie sind in diesem Modus nicht mehr und nicht weniger als eine Form innerer Repräsentation, die unterschiedliche Grade an Genauigkeit hat. Im metakognitiven Modus ist die individuelle Beziehung zu Gedanken dadurch gekennzeichnet, dass es möglich ist, innerlich einen Schritt von ihnen zurückzutreten. Gedanken werden in diesem Zustand als Teil einer großen und vielfältigen inneren Landschaft des bewussten Erlebens betrachtet.

Der metakognitive Modus ist nicht identisch mit dem Identifizieren und kritischen Überprüfen von negativen Gedanken in der KVT. In der KVT unterstützt der Therapeut den Patienten dabei, die Angemessenheit eines Gedankens zu überprüfen. Dies bedeutet aber nicht notwendigerweise eine Veränderung der Art und Weise, wie der Gedanke erlebt wird. Diese Veränderung erfordert, dass der Patient die Wahrnehmung im metakognitiven Modus einübt. Auch der Wechsel zwischen den Modi des Erlebens muss trainiert werden. Es handelt sich um die Fertigkeit, mit inneren Erfahrungen auf eine andere Weise und völlig unabhängig von der Genauigkeit von Gedan-

ken in Beziehung zu treten. Für den Erwerb dieser Fertigkeit ist es notwendig, sich dem metakognitiven Modus anzunähern und ihn zu erleben. Dann entwickeln und intensivieren sich die notwendigen metakognitiven Programme, Mechanismen und Prozesse, die diese Art von Verarbeitung unterstützen. Mit anderen Worten, durch das Erleben des metakognitiven Modus entwickelt das Individuum ein prozedurales Wissen, das diese Form von Aktivität ermöglicht.

Innerhalb des metakognitiven Modus ist ein weiterer Typ von Erfahrung möglich und wünschenswert. Es ist das Erleben von »Detached Mindfulness«, losgelöster Achtsamkeit (DM; Wells & Matthews, 1994). Achtsamkeit bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die bewusste Wahrnehmung eines Gedankens oder einer Überzeugung, während »losgelöst« zweierlei meint: (1) Verzicht auf konzeptuelle oder bewältigungsorientierte Aktivität als Reaktion auf den Gedanken und (2) Trennung der bewussten Erfahrung des Selbst von der bewussten Erfahrung des Gedankens. Der Mensch entwickelt ein Bewusstsein dafür, den Gedanken wahrzunehmen, aber gleichzeitig getrennt von diesem Gedanken zu sein. Dadurch wird ein negativer Gedanke aus den Grenzen des Selbst hinausgeschoben, also vom Selbstkonzept abgetrennt. Er wird irrelevant für die Selbstregulation. Das Individuum definiert sich selbst und interpretiert seine Welt, ohne auf den Gedanken Bezug zu nehmen.

1.3 Das metakognitive Modell psychischer Erkrankungen

Nachdem einige der grundlegenden Konzepte vorgestellt wurden, soll nun das metakognitive Modell psychischer Störungen im Detail beschrieben werden.

Grundlage ist das Self-Regulatory Executive Function Model (S-REF, s. Abb. 1.1; Wells & Matthews, 1994, 1996; Wells, 2000). Es enthält eine genaue Darstellung der kognitiven und metakognitiven Faktoren, die an der Aufrechterhaltung psychischer Störungen beteiligt sind.

Das Modell enthält kognitive Prozesse auf drei miteinander interagierenden Ebenen: (1) automatische und reflexive Verarbeitung (Low-Level-Processing), (2) kontinuierliche bewusste Verarbeitung von Gedanken und Verhalten (kognitiver Stil) und (3) ein Fundus von metakognitivem Wissen und Überzeugungen, der im Langzeitgedächtnis gespeichert ist.

In Abbildung 1.1 ist das metakognitive System vom Rest des kognitiven Systems abgegrenzt. In Wirklichkeit verteilt es sich aber wie andere Systeme über verschiedene Verarbeitungsebenen. Das metakognitive System beinhaltet eine Repräsentation der aktuellen kognitiven Prozesse und leitet diese nach einem aktivierten, zielorientierten Plan.

Psychische Störungen sind mit der Aktivierung eines problematischen Programms der kognitiven Verarbeitung verknüpft, dem CAS. Dies ist eine zentrale Annahme der Metakognitiven Therapie. Episoden intensiver aversiver Emotionen und zugehöriger negativer Bewertungen (z. B. Traurigkeit, Angst, Ärger) gehen bei den meisten Menschen nach einiger Zeit vorüber. Das CAS bewirkt jedoch, dass Menschen in diesen Zuständen andauernd oder wiederholt gefangen bleiben.

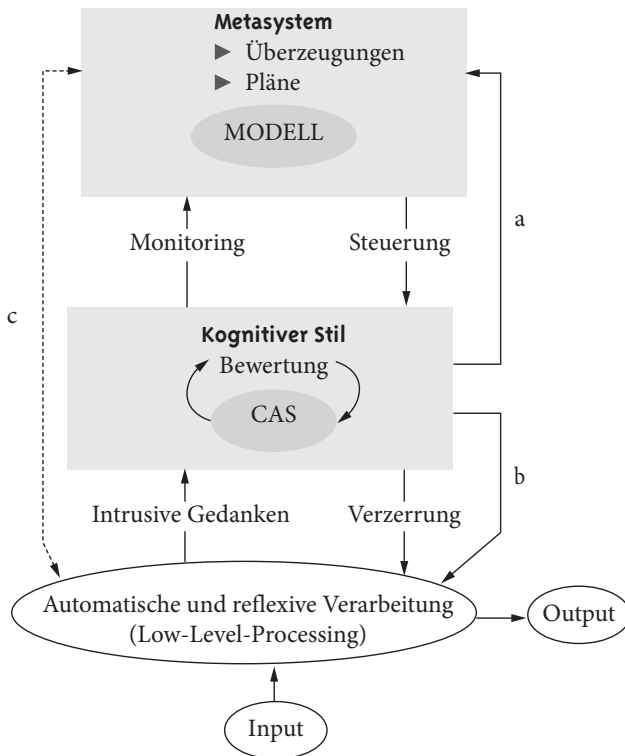


Abbildung 1.1 Das S-REF-Modell psychischer Erkrankungen unter Einschluss seiner Komponenten auf der Metaebene (nach Wells & Matthews, 1994)

Das CAS besteht aus einem perseverierenden Programm kognitiver Prozesse mit folgenden Elementen:

- (1) Sich-Sorgen,
- (2) Grübeln,
- (3) Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale,
- (4) dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Gedankenunterdrückung, Vermeidungsverhalten und Substanzmissbrauch.

Dieses kognitive Muster hat zur Folge, dass aversive Emotionen und ein Gefühl von persönlicher Bedrohung aufrechterhalten bleiben und dass negative Gedanken sich intensivieren.

Die Effekte des CAS lassen sich an der Entwicklung der Panikstörung beispielhaft darstellen. Spontane Panikattacken sind normal und treten bei vielen Menschen irgendwann in ihrem Leben einmal auf. Sich-Sorgen-Machen über weitere mögliche Panikattacken führt jedoch zu Erwartungsangst. Die Lenkung der Aufmerksamkeit auf körperliche Wahrnehmungen erhöht die Wahrscheinlichkeit der Wahrnehmung von auslösenden Stimuli, nämlich von mit einer Gefahr assoziierten Körperwahrnehmungen. Ein Mensch mit diesem Muster von Kognition und Aufmerksamkeit wird eher

anhaltende Angst, Erregung und wiederholte Panikattacken entwickeln. Ein solches Muster begünstigt zudem das Entstehen der Überzeugung, dass Angst schädlich und schwer zu kontrollieren ist.

Das CAS entwickelt sich aus metakognitivem Wissen und Überzeugungen. Relevante Kognitionen sind weniger Bewertungen des Selbst und der Welt, als vielmehr:

- (1) positive Überzeugungen in Bezug auf bestimmte Aspekte des CAS, etwa »Wenn ich mich über meine Symptome Sorge, dann werde ich nichts Wichtiges übersehen!« und
- (2) negative Überzeugungen über die Unkontrollierbarkeit, Gefährlichkeit oder Bedeutung von Gedanken und Emotionen, wie »Ich habe keine Kontrolle über meinen Verstand. Meine Angst kann dazu führen, dass ich verrückt werde!«

Zusammenfassung der grundlegenden Prinzipien des metakognitiven Ansatzes

1. Angst und Traurigkeit sind innere Signale einer Diskrepanz in der Selbstregulation und einer Gefährdung des Wohlbefindens.
2. Diese Emotionen sind normalerweise von begrenzter Dauer, da der betroffene Mensch adaptive Bewältigungsstrategien einsetzt, um Gefährdung zu reduzieren und kognitive Prozesse zu steuern.
3. Psychische Störungen entstehen durch die Aufrechterhaltung von emotionalen Reaktionen.
4. Sie werden aufrechterhalten durch einen bestimmten Stil und Strategien kognitiver Prozesse.
5. Das charakteristische, dysfunktionale Programm zur kognitiven Verarbeitung bei allen psychischen Störungen wird CAS genannt. Es besteht aus Sich-Sorgen, Grübeln, Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale und dysfunktionalen Strategien wie Gedankenunterdrückung, Vermeidungsverhalten und anderen Verhaltensweisen, die eine Adaptation verhindern.
6. Das CAS ist das Ergebnis von fehlerhaftem metakognitivem Wissen und Überzeugungen, die das Denken und emotionale Zustände steuern und bewerten.
7. Es verlängert und intensiviert negative emotionale Erfahrungen.

1.4 Cognitive Attentional Syndrome CAS

Die Denkmuster von Menschen mit psychischen Störungen haben eine perseverierende Qualität. Es besteht eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit. Sie können ihr Denken nur schwer steuern.

Das CAS besteht aus exzessiven konzeptionellen kognitiven Prozessen in Form von Sich-Sorgen und Grübeln. Mit Hilfe langer Ketten von in erster Linie verbalen Gedanken wird versucht, bestimmte Fragen zu beantworten. Beim Sich-Sorgen stehen »Was wäre, wenn ...«-Fragen im Vordergrund, beim Grübeln Fragen hinsichtlich der Bedeutung von Ereignissen (z. B. »Warum fühle ich mich so?«).

Weiterhin gehört zum CAS eine Form von einseitiger, voreingenommener Aufmerksamkeit: Sie ist auf gefahrenbezogene Stimuli fokussiert. Dies wird *Bedrohungsmonitoring* genannt (Wells & Matthews, 1994). Eine durch einen Raubüberfall traumatisierte Patientin beschrieb, dass sie in der Folge ständig ihre Umgebung nach möglichen Gefahren absuchte. Ein Patient mit einem niedrigen Selbstwertgefühl berichtete, dass er besonders empfindlich reagierte, wenn er von anderen nicht beachtet wurde. Er überprüfte das Verhalten anderer Menschen ständig auf Zeichen von Ablehnung.

Diese Prozesse der konzeptuellen kognitiven Aktivität und der Aufmerksamkeit sind Teil einer maladaptiven individuellen Strategie im Umgang mit Gefahr, Diskrepanzen zwischen Wünschen und Realität und den zugehörigen Emotionen. Weitere problematische Strategien, die die Entstehung des CAS begünstigen, sind: Gedankenunterdrückung und Vermeidung auf der kognitiven, der emotionalen und der Verhaltensebene. Die folgenden Fallbeispiele illustrieren dies.

Beispiel

Eine 43-jährige Frau beschrieb, dass sie seit der Adoleszenz rezidivierende, depressive Episoden erlebt hatte. Die aktuelle Episode folgte auf die Geburt ihrer zweiten Tochter vor etwa 14 Monaten. Sie verbrachte sehr viel Zeit damit, über ihre Gefühle und ihre Depression nachzudenken. Sie schilderte ihr Verhalten folgendermaßen: »Ich starre in den Fernseher. Ich frage mich: Ist es normal, so zu fühlen? Warum bin ich so traurig? Warum habe ich keine Gefühle für meine Tochter? Wie konnte es so weit kommen? Bin ich als Mutter überhaupt geeignet?«. Dieses zeitaufwendige Grübeln war eine Reaktion auf negative Gedanken gegenüber ihrer Tochter. Auf die Frage, was das Ziel dieser Art zu denken sei, antwortete sie »Ich versuche, mich so lange hineinzugraben, bis es Klick macht und ich die Depression besiegen kann«.

Diese Patientin reagierte auf ihre niedergeschlagene Stimmung mit Grübeln und verstärktem Beobachten ihrer Gefühle als Bewältigungsstrategie für ihre Traurigkeit. Im Grunde versuchte sie, durch das Grübeln der Depression zu entkommen. Sie hatte die metakognitive Überzeugung, dass sie durch Grübeln an einen Punkt kommen könnte, von dem aus es nur noch besser werden könne.

Beispiel

Ein männlicher Patient litt infolge eines Bombenanschlags unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit verzögertem Beginn. Er erklärte, dass er den Anschlag für einige Jahre gut bewältigt hatte. Nachdem er jedoch vor einiger Zeit etwas über Terroranschläge gelesen habe, seien Albträume aufgetreten. Er sei vermehrt ängstlich geworden, besonders wenn er öffentliche Verkehrsmittel benutze oder durch die Stadt laufe. Auf die Frage, wie er mit seinen unerwünschten Gedanken und Albträumen umgehe, sagte er »Ich versuche, damit fertig zu werden. Ich zwingen mich, an das Trauma zu denken und es auch gefühlsmäßig

genau nachzuerleben. Ich habe gelesen, dass das eine gute Methode ist, um damit fertig zu werden. Außerdem ist es gut, wenn ich mir über Terroranschläge Sorgen mache. Ich bleibe dadurch auf der sicheren Seite«.

Dieser Patient hatte einen spezifischen Denkstil als Reaktion auf seine Intrusionen entwickelt. Er ist davon überzeugt, durch Grübeln und Wiedererleben von Emotionen schneller wieder gesund zu werden. Außerdem erwartet er, durch sein Sich-Sorgen besser auf zukünftige Bedrohungen vorbereitet zu sein. Tatsächlich intensivierten diese Elemente des CAS jedoch seine Angst und das Gefühl der Bedrohung.

Beispiel

Eine 39-jährige Patientin beschrieb sich als jemand, der sich chronisch Sorgen macht. Die Exploration der letzten belastenden Episode von Sich-Sorgen zeigte, dass sie damit auf den Gedanken »Was ist, wenn mein Kind einen Unfall hat?« reagiert. Sie machte sich über lange Zeit Sorgen, um dadurch verschiedene Möglichkeiten zu entwickeln, wie sie ein derartiges Ereignis bewältigen könnte. Während des Sich-Sorgens hatte sie eine Panikattacke. Während dieser Attacke glaubte sie, verrückt zu werden. Seitdem versuchte sie, Gedanken an einen Unfall ihrer Kinder zu unterdrücken. Sie vermied das Lesen der Lokalzeitung. Sie wollte alle Informationen vermeiden, die erneut Anlass zum Sich-Sorgen bieten könnten.

Leicht erkennbare Komponenten des CAS bei dieser Patientin waren Sich-Sorgen als Reaktion auf negative Gedanken, Gedankenunterdrückung und Vermeidung. Auf weiteres Nachfragen beschrieb die Patientin ihre Überzeugung, dass Sich-Sorgen eine effektive Strategie sei, um zukünftige Probleme zu vermeiden. An dieser Problematik sind sowohl positive als auch negative metakognitive Überzeugungen beteiligt.

Beispiel

Ein 23-jähriger Mann kam mit einer sozialen Phobie in Behandlung. Er befürchtete, in interpersonellen Situationen ängstlich und »eigenartig« zu wirken. Auf die Frage nach seinem letzten Erlebnis mit Angst sagte er »Ich habe mich direkt vor der Therapiesitzung ängstlich gefühlt. Ich habe versucht, die Situation so gut wie möglich vorherzusehen. Ich habe die Antworten auf alle erdenklichen Fragen eingeübt«. Gefragt, ob er während der Therapiesitzung seine Aufmerksamkeit auf sich selbst oder seine Umgebung richte, antwortete er »Ich habe meine Aufmerksamkeit auf den Klang meiner Stimme gerichtet und darauf, welchen Eindruck ich auf Sie mache. Ich wollte möglichst normal klingen und normal aussehen«.

Bei diesem Patienten ist perseverierendes antizipatorisches Sich-Sorgen das auffälligste Merkmal des CAS. Neben dem Bedrohungsmonitoring, indem er versucht, seine

Aufmerksamkeit ganz auf den Eindruck, den er macht, zu fokussieren. Der Versuch, »normal« zu klingen und auszusehen, ist eine zugehörige Bewältigungsstrategie.

In jedem der beschriebenen Fälle ist es möglich, das CAS zu identifizieren und spezifisch zu beschreiben. Mit seinen verschiedenen Komponenten führt es zu einer Verlängerung aversiver emotionaler Zustände und einem Gefühl von Hilflosigkeit. Darüber hinaus wird die Selbstregulation beeinträchtigt, insbesondere in der Steuerung von kognitiven und emotionalen Prozessen.

1.5 Konsequenzen des Cognitive Attentional Syndrome (CAS)

Was ist das Negative am CAS? Die negativen Konsequenzen für die Selbstregulation sind in Abbildung 1.1 mit den Pfeilen a und b dargestellt. Pfeil a zeigt den Effekt, den Bewertungsprozesse und Bewältigungsstrategien auf die metakognitiven Überzeugungen haben. Die Aufmerksamkeitslenkung auf Bedrohungen intensiviert Überzeugungen, dass überall Gefahren lauern. Das Vermeiden von Emotionen wie beispielsweise Angst verhindert, dass man das gutartige Wesen einer Emotion entdeckt. Pfeil b kennzeichnet den Effekt von Denkstil und Bewältigungsstrategien auf automatisch ablaufende kognitive und emotionale Prozesse (Low-Level-Processing). Sich-Sorgen beispielsweise aktiviert das Angst-Netzwerk. Es lenkt die Aufmerksamkeit weg von der Verarbeitung von intrusiven Bildern. Dadurch wird eine emotionale Verarbeitung verhindert. Wahrscheinlich existieren auch direkte Verbindungen zwischen dem Wissen des metakognitiven Systems und den niedrigen Verarbeitungsstufen. Dabei stimulieren bestimmte Arten automatischer Verarbeitung den Abruf von bestimmten Plänen für weitere kognitive Verarbeitungsprozesse (dargestellt durch Pfeil c).

Lassen Sie uns nun genauer die negativen Auswirkungen betrachten, die in dem Modell auf das CAS zurückgeführt werden. Sich-Sorgen und Grübeln sind ausnahmslos einseitige und verzerrte kognitive Prozesse. Sie lenken die Aufmerksamkeit des Patienten auf negative Informationen. Dies führt zu einem verzerrten Bild der eigenen Person und der Welt. Sich-Sorgen richtet die Aufmerksamkeit auf mögliche Gefahren in der Zukunft. Allerdings besteht nahezu kein Bezug zu den Wahrscheinlichkeiten des tatsächlichen Auftretens bestimmter gefährlicher Ereignisse.

Grübeln sucht Antworten auf Fragen, auf die es typischerweise keine Antworten gibt, wie etwa die Frage »Warum ich?«. Es erhält Unsicherheit aufrecht und stabilisiert die Diskrepanz zwischen dem, was ein Mensch weiß, und dem, was er gerne wissen möchte. Sich-Sorgen und Grübeln aktivieren und stabilisieren den Eindruck bestehender Bedrohung. Angst und Depression bleiben aufrechterhalten, anstatt abzuklingen. Sich-Sorgen und Grübeln verbrauchen wertvolle kognitive Ressourcen, die sonst für Aufmerksamkeit zur Verfügung stehen. Auf diese Weise werden Entscheidungs- und Denkprozesse in Stresssituationen beeinträchtigt. Wiederholtes Sich-Sorgen und Grübeln wird immer mehr zu einer Gewohnheit. Der Betroffene achtet nicht mehr bewusst auf diese Prozesse und lässt sie ungeprüft ablaufen. Gewohnheitsbildung und verminderte bewusste Aufmerksamkeit führen zu dem Eindruck, dass Grübeln und Sich-Sorgen-Machen sich nicht steuern las-

sen. Sich-Sorgen und Grübeln können auch andere selbstregulatorische kognitive Prozesse stören: Sich-Sorgen ist in erster Linie ein verbal-kognitiver Prozess. Er stört die Verarbeitung von Bildern, die für eine emotionale Verarbeitung nach einer Traumatisierung notwendig ist. Grübeln über die Vergangenheit, beispielsweise über Misserfolge und Fehler, erhöht die Abrufbarkeit dieses Materials, wenn es um zukünftige Entscheidungen geht.

Ein weiteres wichtiges Element des CAS ist das Bedrohungsmonitoring. Es fixiert die Aufmerksamkeit auf Quellen einer möglichen Bedrohung. Dies ist ein Problem, weil Bedrohungsmonitoring

- (1) den subjektiven Eindruck von gegenwärtiger Gefahr erhöht und dadurch emotionale Aktivierung verstärkt oder aufrechterhält,
- (2) Aufmerksamkeitsprozesse verstärkt, die den Betroffenen immer sensibler für Gefahren werden lässt,
- (3) bei PTBS oder Traumatisierung verhindert, dass kognitive Prozesse wieder auf eine gefahrenfreie Umwelt umgestellt werden und
- (4) Angst-Netzwerke im Gehirn einseitig aktiviert, so dass Intrusionen zunehmen.

Letztes wichtiges Element des CAS sind problematische Strategien zur Steuerung von kognitiven Prozessen. Gedankenunterdrückung stört die normale emotionale Verarbeitung, beispielsweise die emotionale Habituation durch die wiederholte Exposition gegenüber Gedanken. Unterdrückung von Gedanken stoppt unerwünschte Gedanken nur vorübergehend. Das Scheitern der Gedankenunterdrückung wird dann aber als Kontrollverlust interpretiert. Das führt zu einer perseverierenden kognitiven Beschäftigung mit Gefahren. Manche Strategien haben einen paradoxen Effekt, da sie sich auf dissonante Prozesse verlassen. Wenn etwa ein Patient versucht, sich aus seiner Depression zu befreien, indem er ständig darüber nachdenkt, wie schlecht er sich fühlt und warum er sich so fühlt. Diese Form des Grübelns intensiviert und verlängert die Depression, weil Patienten dadurch noch mehr auf negative selbstbezogene Informationen fokussieren. Ähnlich versuchen Menschen, die sich chronisch Sorgen machen, durch die Sorgen in einen Gefühlszustand zu kommen, den sie bewältigen können.

Andere Bewältigungsstrategien, etwa Emotionen und Kognitionen durch Vermeidung oder Substanzmissbrauch zu regulieren, sind ebenfalls problematisch. Sie verhindern die Erfahrung, dass eine Situation bewältigt werden kann und Emotionen ungefährlich sind. Damit erhalten sie das Gefühl drohender Gefahr aufrecht. Sie verhindern eine Realitätsüberprüfung der negativen Gedanken und Überzeugungen, und das Ausbleiben der Katastrophe wie etwa eines Nervenzusammenbruchs wird dann irrigerweise auf das Vermeidungsverhalten zurückgeführt. Die Überzeugung, dass Stress einen Nervenzusammenbruch hervorrufen kann, wird nicht kritisch überprüft.

1.6 Positive und negative metakognitive Überzeugungen

Das CAS wird durch fehlerhafte Überzeugungen über das Denken gesteuert. Diese metakognitiven Überzeugungen werden inhaltlich nach positiven und negativen metakognitiven Überzeugungen unterschieden.

Positive metakognitive Überzeugungen

Positiv bedeutet, dass sich die metakognitiven Überzeugungen auf die Nützlichkeit von Sich-Sorgen-Machen, Grübeln, Bedrohungsmonitoring und weiterer ähnlicher Strategien beziehen. Beispiele sind:

- ▶ Wenn ich mir Sorgen mache, werde ich vorbereitet sein.
- ▶ Wenn ich mögliche Gefahren beachte, bin ich sicherer.
- ▶ Ich muss alles erinnern, dann werde ich wissen, ob ich schuld bin.
- ▶ Wenn ich analysiere, warum ich mich so fühle, werde ich auch Antworten finden.
- ▶ Ich muss meine Gedanken kontrollieren, sonst werde ich etwas Schlechtes tun.

Auf den ersten Blick mögen diese Annahmen vernünftig erscheinen. Tatsächlich verzerren sie die kognitiven Prozesse. Die Metakognitive Therapie setzt deshalb einige hilfreiche Fragen (kursiv gedruckt) ein, um sie aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten:

- ▶ Wenn ich mir Sorgen mache, werde ich vorbereitet sein
*Kann man vorbereitet sein, auch ohne sich Sorgen zu machen?
Kann man sich über alles, was passieren könnte, Sorgen machen?
Führt Sich-Sorgen-Machen zu einer angemessenen Sicht auf die Zukunft?*
- ▶ Wenn ich mögliche Gefahren beachte, bin ich sicherer.
*Woher wissen Sie, auf welche Gefahr Sie Ihre Aufmerksamkeit richten müssen?
Erwischt uns die Gefahrensituation, die wir im Blick haben, oder die, die wir nicht sehen?
Könnte Konzentration auf Gefahren sogar weniger Sicherheit bedeuten, weil Sie andere Dinge aus den Augen verlieren?*
- ▶ Ich muss alles erinnern, dann werde ich wissen, ob ich schuld bin.
*Kann man alles erinnern?
Wie wird das Wissen, ob Sie schuld sind, zu Wohlbefinden führen? Hilft es, im Leben weiterzukommen?
Könnten Sie mit Ihrem Leben fortfahren, ohne sich Vorwürfe zu machen?*
- ▶ Wenn ich analysiere, warum ich mich so fühle, werde ich auch Antworten finden.
*Wie lange machen Sie das schon? Wie viel Zeit werden Sie noch brauchen?
Könnte ein Stopp der Analyse die Antwort sein?
Könnte eine Veränderung Ihrer Art zu denken die Antwort sein?*
- ▶ Ich muss meine Gedanken kontrollieren, sonst werde ich etwas Schlechtes tun.
*Woher wissen Sie, welche Gedanken Sie kontrollieren müssen?
Kann man alle Gedanken kontrollieren?
Könnte das Kontrollieren der Gedanken dazu führen, dass Sie die Wahrheit über die Gedanken nicht herausfinden können?*

Negative metakognitive Überzeugungen

Negativ bedeutet, dass sich die Überzeugungen auf ungünstige Auswirkungen von inneren Ereignissen beziehen. Bei den negativen metakognitiven Überzeugungen unterscheiden wir:

(1) Überzeugungen, die kognitive Prozesse als unkontrollierbar bezeichnen, und
(2) Überzeugungen, die Gedanken Gefährlichkeit, Wichtigkeit oder Bedeutung zuschreiben. Diese metakognitiven Überzeugungen begünstigen das Fortbestehen des CAS. Sie verhindern eine angemessene Steuerung kognitiver Prozesse und führen zu negativen, bedrohlichen Interpretationen von mentalen Ereignissen. Diese negativen Interpretationen werden dann auch auf emotionale Erfahrungen ausgeweitet. Beispiele sind:

- ▶ Ich habe keine Kontrolle über Sich-Sorgen-Machen und Grübeln.
- ▶ Sich-Sorgen schadet meinem Körper.
- ▶ Psychischer Stress bringt mich um den Verstand.
- ▶ Böse Gedanken bringen mich dazu, auch böse zu handeln.
- ▶ Manche Gedanken führen dazu, dass schlimme Dinge passieren.
- ▶ Meine Gedanken können mich in jemanden verwandeln, der ich nicht sein möchte.
- ▶ Unkontrollierbare Gedanken sind ein Zeichen von Verrücktheit.
- ▶ Wenn ich glaube, dass ich ein schlechter Mensch bin, dann bin ich auch ein schlechter Mensch.
- ▶ Wenn Angst da ist, muss auch Gefahr da sein.
- ▶ Gedanken ziehen Ereignisse nach sich.

Zusammenfassung des metakognitiven Modells

Die Metakognitive Therapie basiert auf der Annahme, dass psychische Störungen durch das CAS und seine Auswirkungen auf emotionale Erfahrungen und Wissen aufrechterhalten werden. Das CAS stabilisiert über verschiedene Mechanismen das negative Selbstbild und das Gefühl von Bedrohung.

Beim CAS sind negative und positive metakognitive Überzeugungen aktiviert. Die Trennung der metakognitiven Ebene von der herkömmlichen kognitiven Ebene impliziert, dass es möglich ist, innere Ereignisse wie Gedanken, Überzeugungen und Emotionen entweder im Objektmodus oder im metakognitiven Modus zu erleben. Dies eröffnet eine Reihe von neuen Behandlungsmöglichkeiten. In deren Mittelpunkt stehen die Veränderung von metakognitiven Überzeugungen und die Entwicklung von alternativen Wegen, innere Ereignisse zu erleben und auf sie zu reagieren. Dem CAS wird so die Grundlage entzogen.

1.7 Ein überarbeitetes A-B-C-Modell

Das A-B-C-Modell ist wichtige Grundlage der Kognitiven Therapie. Im Folgenden betrachten wir, wie sich die metakognitive Perspektive auf das Standard-A-B-C-Modell auswirkt. Dies hilft zu verstehen, wo die Unterschiede zwischen metakognitiver und kognitiv-behavioralen Theorien liegen.

Im A-B-C-Modell (s. Abb. 1.2) führt ein auslösendes Ereignis (A) zur Aktivierung eines Schemas oder einer irrationalen Grundannahme (B), was Auswirkungen auf der emotionalen und der Verhaltensebene hat (C).

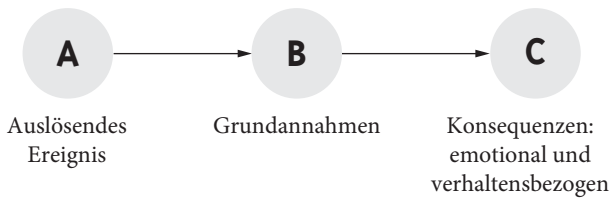


Abbildung 1.2 Das A-B-C-Modell

Eine wichtige und ungelöste Frage in kognitiven Theorien psychischer Erkrankungen ist jedoch, was inhaltliche Bewertungen und Überzeugungen mit dauerhaften negativen Gedanken und Gefühlen verbindet. Ungelöst ist auch die Frage, was die schwer zu kontrollierenden Denkmuster hervorruft, die so charakteristisch für psychische Störungen sind.

Die Metakognitive Therapie formuliert das Standard-A-B-C-Modell neu. Sie setzt metakognitive Überzeugungen in die Mitte und lässt zu, dass das auslösende Ereignis A auch ein inneres Ereignis, wie ein negativer Gedanke oder eine inhaltliche Überzeugung, sein kann. Es ergibt sich ein A-M-C-Modell (s. Abb. 1.3), das einige Schritte tiefer ansetzt als das Standard-A-B-C-Modell.

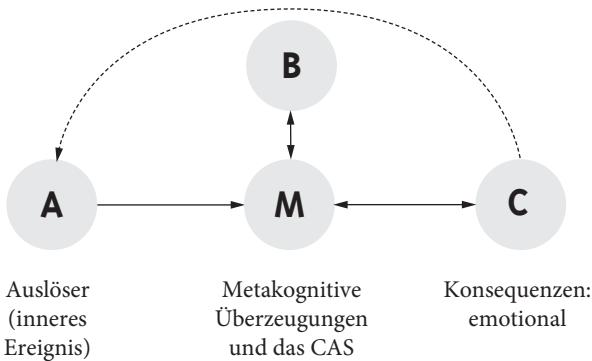


Abbildung 1.3 Das neu formulierte A-M-C-Modell

Das erste Element A ist eher ein inneres Ereignis als eine Situation. Die Komponente M bezeichnet metakognitive Überzeugungen und das CAS. Die herkömmlichen negativen Bewertungsprozesse oder Überzeugungen (B) stehen in Wechselwirkung mit metakognitiven Prozessen. Ein Fallbeispiel mag die Unterschiede in den Ansätzen verdeutlichen.

Beispiel

Eine 30-jährige Patientin beschrieb, dass sie sich seit 2 Jahren depressiv fühle und Suizidgedanken habe. Die Symptomatik habe begonnen, als sie ihren Heimatort verließ, um einen neuen Job zu finden. Sie gab an, überwiegend allein zu sein und