

Oliver Korn, Valerija Sipos und Ulrich Schweiger

Die Metakognitive Therapie der Generalisierten Angststörung

Metacognitive Therapy of the Generalized Anxiety Disorder

Zusammenfassung

Die Metakognitive Therapie (MCT) geht davon aus, dass es perseverierende und unflexible Muster des Denkens und der Aufmerksamkeitslenkung sind, die eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen spielen. Für die Generalisierte Angststörung (GAD) stellt das Sich-Sorgen-Machen den zentralen problematischen Prozess dar. Sich sorgen wird aufgrund bestehender positiver Metakognitionen (z. B. „Sorgenmachen gibt mir Sicherheit“) als Reaktion auf ein intrusives inneres Ereignis wie einen automatischen Gedanken oder ein inneres Bild mit dem Ziel der Selbstregulation eingesetzt. Negative Metakognitionen über das Sich-Sorgen-Machen (z. B. „Wenn ich mir weiter Sorgen mache, dann werde ich noch verrückt!“) führen zu verstärktem Sorgenmachen über das Sich-Sorgen-Machen selbst (Metasorgen) und damit zu zusätzlichem Leiden. Negative Metakognitionen hinsichtlich der Unkontrollierbarkeit des Sorgenprozesses tragen zu seiner Aufrechterhaltung bei und haben zudem den Einsatz weiterer dysfunktionaler Bewältigungsstrategien durch den Patienten zur Folge.

Die MCT verfolgt das Ziel, die eingesetzten dysfunktionalen Strategien, die als Kognitives Aufmerksamkeitssyndrom (CAS) bezeichnet werden, zu minimieren. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die dem CAS zugrunde liegenden positiven und negativen Metakognitionen verändert werden. Nach der Erarbeitung eines individuellen Fallkonzepts werden die Patienten zunächst mit einem metakognitiven Störungsverständnis vertraut gemacht. Anschließend lernen sie, ihr Sich-Sorgen-Machen zu steuern. In einem nächsten Schritt werden die Ungefährlichkeit von Sorgengedanken sowie die generelle Sinnlosigkeit des Sichsorgens erarbeitet. Den Abschluss bilden eine Zusammenfassung der Behandlung sowie die Rückfallprophylaxe. Ergebnisse aus einer ersten offenen sowie einer kontrollierten und randomisierten Studie weisen darauf hin, dass es sich bei der MCT um eine effektive, effiziente und nachhaltige Behandlung der GAD handeln könnte, die der kognitiven Verhaltenstherapie mindestens ebenbürtig ist.

Schlüsselwörter

generalisierte Angststörung – metakognitive Therapie – Sorgen – Metakognition – kognitive Verhaltenstherapie

Summary

Metacognitive Therapy (MCT) assumes that persistent and inflexible patterns of thinking and focusing attention play a crucial role in the development and maintenance of psychological disorders. In Generalized Anxiety Disorder (GAD) worrying is the key problematic process. Positive metacognitions (e. g. „Worrying keeps me safe“) are the reason why worrying is used to cope with intrusive inner events such as automatic thoughts or inner images. Negative metacognitions about worrying (e. g. “I could go crazy with worry”) result in increased worrying about worrying (meta-worry) and additional distress. Negative metacognitions about the uncontrollability of worrying contribute to the maintenance of the worrying process and result in the use of coping behaviors that will fail. The aim of MCT is to stop applying these dysfunctional strategies which are called Cognitive Attentional Syndrome (CAS). To this end, it is necessary to challenge the positive and negative metacognitions causing the CAS. After the generation of an individual case conceptualization the patients get socialized to the metacognitive model of their disorder. Subsequently, they learn to control their worrying. In a next step the therapist and the patient work out that worries are not dangerous and that worrying is a useless process. The therapy ends with a summary of the treatment and relapse prevention. Results of an open, randomized and controlled study suggest that MCT is an effective, efficient and lasting treatment, which is at least as effective as the cognitive behavioral therapy.

Keywords

generalized anxiety disorder – metacognitive therapy – worrying – metacognition – cognitive behavioral therapy

„Sorgen sind wie Gespenster: Wer sich nicht vor ihnen fürchtet, dem können sie nichts anhaben.“ (Unbekannt)

■ Einführung

Alle Menschen kennen sie: Sorgengedanken. Es sind Gedanken wie: „Was, wenn ich durch die Prüfung falle?“, „Was, wenn meinen Kindern etwas passiert ist?“ oder „Was, wenn mich mein Chef jetzt entlässt?“ So wie sie Sorgengedanken kennen, wissen auch alle Menschen, was es heißt, sich Sorgen zu machen, und die meisten wissen sogar, was es bedeutet, vorübergehend unter dem eigenen Sichsorgen zu leiden. Aber was ist denn eigentlich das „Sich-Sorgen-Machen“?

In der Wissenschaft existieren unterschiedliche, wenn auch ähnliche Definitionen von Sich-Sorgen-Machen. Einer der ersten Definitionsversuche stammt von Borkovec, Robinson, Pruzinsky und Dupree aus dem Jahre 1983 (Borkovec et al., 1983), Erweiterungen bzw. Überarbeitungen folgten z. B. in den Jahren 1998 (Borkovec & Stöber, 1998) und 2002 (Barlow, 2002).

Betrachtet man die verschiedenen Definitionsversuche, so scheint zusammengefasst das Sichsorgen aus einer Kette negativer, überwiegend verbaler Gedanken zu bestehen, die subjektiv häufig schwer kontrollierbar erscheinen. Sich sorgen dient der Vermeidung von zukünftigen Problemen und Gefahren oder ist der Versuch, für zukünftige Probleme bereits Lösungen zu erarbeiten. Der Prozess des Sorgens kann damit als Bewältigungsstrategie für potenzielle negative Ereignisse in der Zukunft angesehen werden. Typisch ist, dass Sorgengedanken einen negativ verzerrten Blick auf die Zukunft bedeuten und häufig extreme, aber eher unwahrscheinliche zukünftige Ereignisse in den Fokus rücken. Zudem ist Sichsorgen ein perseverierender kognitiver Prozess, so dass während des Sichsorgens eine Vielfalt von potenziellen Katastrophen generiert und in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt werden. Dies sowie die Tatsache, dass Sichsorgen auch den Prozess des Katastrophisierens beinhaltet, verdeutlicht, dass Sichsorgen Angst auslösen, intensivieren oder bestehende Angst aufrechterhalten kann. Typisch für Sorgenprozesse sind Fragen, die mit „Was wäre, wenn ...?“ beginnen, auf die dann Antworten gesucht werden. Die Reduktion von Angst und die Beruhigung, die mit einer gefundenen Problemlösung einhergehen, sind jedoch nur von kurzer Dauer, weil bei Sichsorgen sofort neue Sorgengedanken generiert werden, die einer Antwort bedürfen.

Das folgende Beispiel von Fisher und Wells verdeutlicht eine typische Sorgensequenz (Fisher & Wells, 2009):

Was wäre, wenn ich durch das Bewerbungsgespräch falle? ... Ich sollte mich besser vorbereiten ... aber was wäre, wenn ich nicht das Richtige vorbereiten würde? ... worauf soll ich mich vorbereiten? ... Jetzt weiß ich, ich werde die Stellenausschreibung studieren ... aber was wäre, wenn sie mich nach meinen Schwächen fragen? ... Soll ich ihnen davon erzählen, warum ich meine letzte Stelle gekündigt habe? ... und was wäre, wenn sie dann denken, dass ich nicht gut genug bin? ... was soll ich dann sagen? ... und was wäre, wenn ich dann etwas Falsches sage? ... und was, wenn ich überhaupt viel zu nervös bin? ...

Das Beispiel illustriert den typischen Charakter des Sichsorgens und den Unterschied zu sinnvollem planerischem Denken. Planen bedeutet, sich die notwendigen Handlungsschritte zu überlegen, um mit den mir gegebenen Mitteln ein bestimmtes Ziel zu erreichen. In obigem Beispiel könnte das Ziel einer Person sein, einen möglichst guten Eindruck in dem Vorstellungsgespräch zu hinterlassen, um den ausgeschriebenen Job zu bekommen. Hilfreiche Schritte könnten in diesem Zusammenhang sein, sich über das Unternehmen zu informieren, sich über die eigenen Motive der Bewerbung klar zu werden, sich zu überlegen, welche Meinung man bei der typischen Bewerbungsfragen vertritt, eine passende Garderobe auszuwählen, am Abend vorher für ausreichend Nachtruhe zu sorgen etc. Dieser planerische Prozess hat keinen direkten Bezug zur Emotion „Angst“ und Handlungsschritte zum Ergebnis, die von der betreffenden Person im Hier und Jetzt nach und nach umgesetzt werden können.

Obwohl Planen ein viel hilfreicherer kognitiver Prozess ist als Sichsorgen, gehören Sorgengedanken und ein mehr oder weniger ausgeprägtes Sich-Sorgen-Machen zum normalen Lebensalltag der meisten Menschen offenbar dazu. Tallis und Mitarbeiter untersuchten in diesem Zusammenhang eine Gruppe von 128 Universitätsstudenten und Berufstätigen im Alter von 18 bis 59 Jahren (Tallis & Capuzzo, 1994). 38 % der Stichprobe gaben an, sich einmal täglich um etwas zu sorgen, 19,4 % alle 2-3 Tage und weitere 15,3 % einmal im Monat. Zu den verbliebenen 27,3 % lassen sich keine Angaben über die Häufigkeit des Sichsorgens machen. Neben der Anzahl an Sorgenepisoden wurde auch die Dauer dieser Episoden erfragt. 24 % berichten von einer Dauer von maximal einer Minute. 38 % nennen als typische Dauer 1-10 Minuten, weitere 18 % 10-60 Minuten. Von den verbliebenen 20 % dauert bei 11 % das Sich-Sorgen-Machen 1-2 Stunden, die restlichen 9 % sorgen sich sogar noch länger. Typische Sorgenzeiten waren der späte Abend oder frühe Morgen sowie vor bevorstehenden bestimmten Ereignissen oder zwischenmenschlichen Situationen. Inhaltlich drehten sich die meisten Sorgen um die Bereiche „Beruf“, „Gesundheit“, „Finanzen“ und „intime Beziehungen“. 83 % der Probanden bezeichneten Sich-Sorgen-Machen als hilfreich, um Lösungen für Probleme in ihrem Lebensumfeld zu generieren.

Diesem „normalen“, alltäglichen Sich-Sorgen-Machen steht aber auch ein Sich-Sorgen-Machen als Teil der Psychopathologie zahlreicher psychischer Störungen gegenüber. So spielen Sorgenprozesse eine Rolle bei der Panikstörung und der Sozialen Phobie (APA, 2000). Außerdem finden sich zumindest deutliche Hinweise auf die Existenz sowie eine bedeutende Rolle von Sorgenprozessen bei der Hypochondrie (Wells, 1994), den Zwangsstörungen (Amir, Cashman & Foa, 1997), der Posttraumatischen Belastungsstörung (Ehlers & Steil, 1995), der Insomnie (Harvey, 2000) sowie der Depression, deren typisches Grübeln ein zunehmend negatives Denken über die Zukunft zur Folge zu haben scheint (Lavender & Watkins, 2004).

■ Die Generalisierte Angststörung

Am deutlichsten zeigt sich eine pathologische Form des Sich-Sorgen-Machens bei der Generalisierten Angststörung (Generalized Anxiety Disorder, GAD). Exzessives und subjektiv schwer zu kontrollierendes Sorgen stellt laut DSM-IV ihr Leitsymptom dar und ist in Verbindung mit Angst- und körperlichen Symptomen verantwortlich für das klinisch bedeutsame Leiden der Betroffenen. Eine Übersicht über die diagnostischen Kriterien der GAD bietet Tabelle 1.

Die GAD tritt ebenso häufig auf wie die Panikstörung mit Agoraphobie und gehört damit zu den häufigeren psychischen Störungen. Kessler et al. (2005) beziffern ihre Lebenszeitprävalenz auf 5,7%, die 12-Monatsprävalenz beträgt 3,1%. Das Ersterkrankungsalter für die GAD kann über die gesamte Lebensspanne liegen (Blazer, Hughes, George, Swartz & Boyer, 1991) mit einem Median bei 31 Jahren (Kessler et al., 2005). Frauen leiden doppelt so häufig wie Männer unter der GAD (Bandelow, 2003), die häufig erst spät erkannt wird und wie viele andere psychische Störungen auch zur Chronifizierung neigt. In der „Epidemiologic Catchment Area“-Studie gaben 40% der Probanden an, länger als 5 Jahre unter der GAD zu leiden. In klinischen Stichproben liegt die Erkrankungsdauer mit über 20 Jahren sogar noch deutlich höher (Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea & Di Nardo, 1986; Yonkers, Warshaw, Massion & Keller, 1996; Woodman, Noyes, Black, Schlosser & Yagla, 1999). Ein Faktor, der hierzu beiträgt, ist die Komorbidität. Komorbide Störungen sind eher die Regel als die Ausnahme. Hinsichtlich komorbider Achse-I-Störungen zeigten Carter und Kollegen, dass in ihrer epidemiologischen Untersuchung bei 93,1% der Patienten mit einer GAD eine weitere Achse-I-Störung vorlag (Carter, Wittchen, Pfister & Kessler, 2001; Grant et al., 2005). Grant und Mitarbeiter ermittelten in einer anderen Untersuchung das Vorliegen von Achse-II-Störungen bei 60,6% aller Probanden, die auch unter einer GAD litten (Grant et al., 2005). Schaut man auf die Symptome der GAD, ihren Verlauf und die vorliegende Komorbidität, so ist es nicht überraschend, dass die GAD eine psychische Störung ist, die mit bedeutsamen sozialen und beruflichen Einschränkungen einhergeht, die vergleichbar sind mit schweren körperlichen Erkrankungen oder der Depression (Kessler et al., 1999; Maier et al., 2000).

Das Vorhandensein von Sorgen und Sich-Sorgen-Machen allein ist kein Kriterium, gesunde Menschen von Menschen, die unter einer GAD leiden, zu unterscheiden. Was unterscheidet letztendlich ein normales, „gesundes“ Sich-Sorgen-Machen von den pathologischen Sorgenprozessen der GAD? Eine naheliegende Vermutung betrifft das Ausmaß des Sich-Sorgen-Machens: Sorgen sich GAD-Patienten entsprechend Diagnosekriterium A des DSM-IV einfach nur exzessiver als der gesunde Durchschnittsmensch?

Drei Studien von Ruscio bieten Hinweise zur Beantwortung dieser Frage (Ruscio, 2002). In einer ersten Studie erhielten 1117 College-Studenten neben anderen Erhebungsinstrumenten den Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990), einen Fragebogen zur Erhebung von ausgeprägtem Sich-Sorgen-Machen (Trait Worry). Mit seiner Hilfe wurde

Tabelle 1: Diagnosekriterien der GAD nach DSM-IV und ICD-10

Diagnosekriterien (nach DSM-IV-TR):	Diagnosekriterien (nach ICD-10):
A. Exzessive Angst und Sorgen an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mind. 6 Monaten. Mind. 2 verschiedene Sorgenbereiche	1. Ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse
B. Die Person findet es schwierig, ihre Sorgen zu kontrollieren	2. Mindestens ein Symptom aus einer Liste vegetativer Symptome (z. B. Schweißausbrüche)
C. Angst und Sorgen gehen mit mind. 3 der folgenden Symptome einher: Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Reizbarkeit, Muskelverspannungen, Schlafstörungen	3. Mindestens drei weitere Symptome aus Listen von Symptomen bzgl. Thorax und Abdomen (z. B. Atembeschwerden), psychischen Beschwerden (z. B. Angst, verrückt zu werden), Anspannung (z. B. Muskelverspannungen) und unspezifischen Symptomen (z. B. anhaltende Reizbarkeit)
D. Der Fokus der Sorgen ist nicht auf eine andere Achse-I-Störung beschränkt	4. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung, eine phobische Störung, eine Zwangsstörung oder eine hypochondrische Störung
E. Angst, Sorgen oder körperliche Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden	5. Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit wie eine Hyperthyreose, eine organische psychische Störung oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung
F. Die Angst ist nicht auf den Gebrauch von Substanzen oder eine körperliche Erkrankung zurückzuführen	

eine Gruppe von Probanden mit exzessivem Sich-Sorgen-Machen identifiziert, wie es für die GAD typisch ist. Erstaunlicherweise zeigte sich jedoch, dass lediglich 20% dieser Gruppe auch die Kriterien einer GAD erfüllten. 78% erfüllten sogar nur null oder maximal ein Diagnosekriterium. Für die Diskriminierung der Gruppe der Probanden mit und ohne einer GAD waren am besten die DSM-IV-Kriterien „Exzessives Sich-Sorgen-Machen“ sowie „Klinisch bedeutsames Leiden“

geeignet. In einer zweiten Studie an 877 College-Studenten zeigte sich jedoch, dass auch diejenigen Probanden ohne GAD-Diagnose aber mit ausgeprägtem Sich-Sorgen-Machen nach PSWQ durchaus von allen typischen GAD-Symptomen bedeutsam betroffen sind. Probanden mit einer Diagnose leiden jedoch auf allen Dimensionen noch stärker, erleben also ihr Sich-Sorgen-Machen als noch exzessiver und unkontrollierbarer, berichten von häufigeren Sorgenepisoden und ausgeprägteren Körpersymptomen und klinisch bedeutsamerem Leiden. Ob es sich bei diesen Unterschieden jedoch nur um eine subjektive Einschätzung oder tatsächlich um quantitative Unterschiede handelte, konnte mit dem Studiendesign nicht beantwortet werden.

Aus diesem Grund führte die Arbeitsgruppe eine weitere Studie durch (Ruscio & Borkovec, 2004). Es wurden je 30 Probanden mit und ohne eine GAD nach ihren Werten im PSWQ gematcht und einer experimentellen Sorgeninduktion unterworfen, die das Ausmaß an Sich-Sorgen-Machen auf einen Fünf-Minuten-Zeitraum festlegte. Potenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen konnten somit nur auf qualitative Unterschiede des Sorgenprozesses zurückgeführt werden. Tatsächlich zeigte sich ein sehr ähnliches Bild bei der Einschätzung der beiden Gruppen, wie unangenehm ihre Sorgengedanken gewesen sind, wie häufig sie aufgetreten und wie Angst auslösend und insgesamt belastend sie gewesen sind. Unterschiede bestanden jedoch bei ihren Überzeugungen bezüglich des Sich-Sorgen-Machens. Sowohl Probanden mit als auch ohne GAD-Diagnose mit ausgeprägtem Sich-Sorgen-Machen wiesen stärkere positive Überzeugungen hinsichtlich ihrer Sorgenprozesse sowie eine intensivere Beschäftigung und Beobachtung ihrer Gedanken auf als Probanden einer unselektierten studentischen Vergleichsstichprobe, die hierzu ebenfalls befragt worden war. Probanden mit ausgeprägtem Sich-Sorgen-Machen wiesen zudem leicht stärkere Überzeugungen auf, dass Sich-Sorgen-Machen unkontrollierbar und zudem ein schädlicher Prozess ist als der „normale Durchschnittsstudent“. Die stärksten und von beiden Gruppen signifikant unterschiedlichen Überzeugungen, dass Sich-Sorgen-Machen unkontrollierbar ist und als Denkprozess an sich negative Folgen hat, fanden sich jedoch bei den Probanden mit einer GAD-Diagnose.

Positive Überzeugungen über Sich-Sorgen-Machen und ein allgemeines Bewusstsein für die eigenen Gedanken könnten somit universelle und vom Ausmaß des Sichsorgens abhängige Merkmale sein. Ausgeprägte negative Überzeugungen über die Unkontrollierbarkeit und die Gefährlichkeit des Sorgenprozesses hingegen scheinen qualitativ unterschiedliche Merkmale für Probanden zu sein, die unter einer GAD leiden. Diese Annahme, dass negative Überzeugungen über Gedanken und gedankliche Prozesse (negative Metakognitionen) eine zentrale Rolle bei der GAD spielen, stellt eine Kernannahme des metakognitiven Modells der GAD dar, das Prof. A. Wells 1995 publiziert hat (Wells, 1995). Neben den bereits zitierten Studien existieren zudem weitere Forschungsarbeiten, die dieses Modell unterstützen und für eine besondere Rolle von negativen Metakognitionen sowohl in der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung der GAD sprechen (Nassif, 1999; Wells & Carter, 1999; Wells, 2001).

■ Metakognitive Therapie

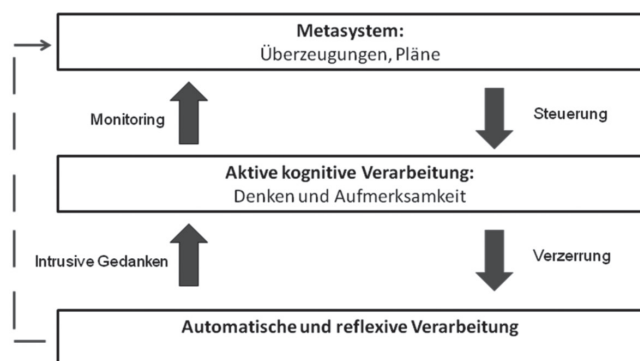
Eine der Kernannahmen der kognitiven Verhaltenstherapie ist, dass es nicht die Ereignisse an sich sind, die psychische Störungen verursachen, sondern die Art und Weise, wie die Betroffenen diese Ereignisse interpretieren. Aus diesem Grund besteht z.B. eine typische kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention darin, den von einer GAD Betroffenen ihre kognitiven Verzerrungen bewusst zu machen und sie anzuleiten, diese eigenständig in ihrem Alltag zu identifizieren und die Inhalte ihrer inneren Dialoge und katastrophisierender Kognitionen zu modifizieren. Die bisher zitierten Forschungsbefunde sprechen gegen diese Vorgehensweise und werden zusätzlich von einer aktuellen Metaanalyse unterstützt, die obige Kernannahme stark in Frage stellt (Longmore & Worrell, 2007).

Jeder Mensch kennt Sorgen, und jeder Mensch kennt auch andere negative und verzerrte Gedanken, und doch leiden die allermeisten Menschen damit nicht automatisch unter einer psychischen Erkrankung! Die Frage ist doch daher: Was ist dafür verantwortlich, wenn negative Gedanken (und die damit einhergehenden Emotionen) in unser Bewusstsein treten und wieder vorbeiziehen oder sich intensivieren und zu anhaltendem Leiden führen?

Aus Sicht der metakognitiven Theorie sind die Inhalte von Gedanken („Was denkt die Person?“) ohne Bedeutung für die Therapie. Als Antwort auf die eben gestellte Frage rücken stattdessen verschiedene dysfunktionale Arten zu denken („Wie denkt die Person?“) und die Aufmerksamkeit zu lenken in den Fokus, die dann problematisch werden, wenn sie unflexibel und perseverierend eingesetzt werden. Diese dysfunktionalen Strategien werden als Kognitives Aufmerksamkeitsyndrom (Cognitive Attentional Syndrome; CAS) bezeichnet und umfassen neben Sich-Sorgen-Machen ebenso Grübeln (typisch für die Depression), Bedrohungsmonitoring (das Lenken der Aufmerksamkeit auf potenzielle Gefahren) sowie einen Pool weiterer dysfunktionaler Bewältigungsstrategien, wie z. B. den Versuch, Gedanken zu unterdrücken, das Einholen von Rückversicherungen, Vermeidungsverhalten verschiedener Art und andere. Verantwortlich für den Einsatz dieser Denk- und Aufmerksamkeitsstrategien ist das Metasystem des Menschen bzw. sind Metakognitionen. Eine Metapher soll dies illustrieren. Stellen Sie sich unser kognitives System als ein großes Orchester vor. Um eine wunderbare Ouvertüre zu spielen, benötigt es eine gute Partitur und einen guten Dirigenten. Das Metasystem ist beides: Partitur und Dirigent. Es enthält das Wissen und die Überzeugungen einer Person über sein Denken und mit welchen Strategien auf welche inneren Ereignisse im Sinne der Selbstregulation zu reagieren ist. Gleichzeitig überwacht es ihren Einsatz. Positive metakognitive Überzeugungen beschreiben den Nutzen einer Strategie („Wenn ich mir Sorgen mache, dann bin ich auf zukünftige Katastrophen vorbereitet“). Negative Metakognitionen beinhalten Überzeugungen hinsichtlich der Unkontrollierbarkeit von kognitiven Prozessen („Ich kann mein Grübeln nicht steuern“) oder ihrer Gefahren („Wenn ich mir weiter Sorgen mache, werde ich noch verrückt!“) und der Gefahren von Gedanken selbst (z. B. „Wenn ich diesen Gedanken habe, werde ich mich auch so verhalten, egal ob ich das will oder nicht!“).

Das der metakognitiven Theorie zugrunde liegende Modell ist ein Informationsverarbeitungsmodell (das sog. S-REF-Modell), das aus drei Ebenen besteht und in Abbildung 1 vereinfacht dargestellt ist (Wells & Matthews, 1996). Die erste Verarbeitungsebene beschreibt eine automatische und reflexive Verarbeitung. Auf dieser Ebene entstehen intrusive Gedanken (z. B. Sorgengedanken) oder innere Bilder (z. B. eine Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis). Das Metasystem entscheidet nun aktiv, aber für den Betroffenen in der Regel unbewusst und automatisch, wie nun mit den intrusiven inneren Ereignissen umgegangen werden soll. Soll ich einen Sorgengedanken analysieren und mir intensiv Sorgen machen? Soll ich versuchen, ihn zu unterdrücken, weil er mit Angst einhergeht und Angst schädlich ist? Soll ich besonders auf Gefahrenhinweise in meiner Umwelt achten? Soll ich dem Gedanken gar keine Bedeutung beimessen? Hat es gar keinen Sinn, etwas gegen Sich-Sorgen-Machen zu unternehmen, da es eh unkontrollierbar ist? Entsprechend der Metakognitionen einer Person wird sie ihr kognitives System (aktives Denken und Aufmerksamkeitslenkung) einsetzen, was uns Therapeuten als typischer kognitiver Stil ins Auge fällt, mit dem sie auf bestimmte innere Ereignisse reagiert.

Abbildung 1: Ein vereinfachtes S-REF-Modell nach Wells & Matthews



Neben dem Sich-Sorgen-Machen beinhaltet das CAS weitere problematische Strategien, die oben bereits genannt worden sind. Auch sie sind unter gesunden Personen ebenfalls verbreitet. Allerdings greifen Gesunde lediglich gelegentlich und zeitlich stark begrenzt auf sie zurück. Wird ihr Einsatz jedoch unflexibel und perseverierend, dann tragen sie entscheidend zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen bei.

Vor diesem Hintergrund werden die Ziele einer metakognitiven Therapie offenbar:

1. Abschaffung des CAS
2. Veränderung der dem CAS zugrunde liegenden Metakognitionen

Beispiel:

Eine Mutter von drei Kindern beschrieb ihre Sorgenprozesse so: „Ich mache mir halt nicht nur Sorgen um die großen Dinge. Meine Freundinnen sorgen sich manchmal ja auch, z. B. wenn sie einen fiesen Streit mit ihrem Mann hatten oder die Kinder sehr krank sind. Bei mir fängt das aber schon bei

kleinen Sachen an, und dann kann ich sobald auch nicht wieder damit aufhören, mir Gedanken zu machen. Neulich z. B. da liefen meine Kinder durch das Treppenhaus, weil sie draußen spielen wollten. Als ich sie hinunterlaufen hörte, dachte ich plötzlich: Was, wenn jetzt einer von den dreien stürzt und sich ein Bein bricht? Wie soll ich denn dann alle drei Kinder gleichzeitig versorgen, die beiden anderen sind doch noch so klein? Könnten wir überhaupt alle im Krankenwagen mitfahren? Wenn nicht, dann müsste mein Mann schnell herkommen, aber mit seinen vielen Besprechungen erreiche ich ihn doch bestimmt eh wieder nicht. Und dann? Meine Mutter bitten, schnell herzukommen? So wie die aufpasst, passiert dann nur dem Nächsten auch noch etwas, und zwei verletzte Kinder, das schaffe ich erst recht nicht! ... Ich habe mich furchtbar ängstlich und angespannt gefühlt und dann schnell nachgeschaut, ob sie gesund unten angekommen sind, und ihnen gesagt, dass sie ganz, ganz vorsichtig sein sollen!“

In diesem Beispiel reagiert die Patientin auf den auslösenden intrusiven Gedanken „Was, wenn jetzt einer von den dreien stürzt und sich ein Bein bricht?“ mit einem intensiven Sorgenprozess. Dieser ist zeitintensiv und geht mit starken Gefühlen von Angst und körperlicher Anspannung einher. Zudem offenbart die Patientin, dass sie Sich-Sorgen-Machen schlecht kontrollieren kann, was dazu führt, dass sie andere Strategien (nach den Kindern sehen und ermahnen, vorsichtig zu sein) einsetzt, um Sorgen und Angst zu reduzieren.

Warum haben Gedanken eigentlich so einen massiven Einfluss auf unser emotionales Erleben? Die Antwort der MCT auf diese Frage lautet, dass wir Gedanken und innere Bilder gewöhnlich in einem ganz bestimmten Modus kognitiver Verarbeitung erleben, dem sog. Objektmodus.

Abbildung 2: Zwei Modi kognitiver Verarbeitung

Objektmodus	Metakognitiver Modus
<ul style="list-style-type: none"> • Gedanken werden wie Sinneswahrnehmungen erlebt, sie sind mit der Realität verschmolzen • Gedanken sind wie ein Filter, durch den wir uns und die Welt sehen • Gedanken werden nicht als vom Selbst getrennt wahrgenommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedanken werden als vom Selbst und der Welt getrennte innere Ereignisse betrachtet • Es besteht die Möglichkeit, einen Schritt zurückzutreten und den Gedanken distanziert zu erleben • Die Person ist lediglich Beobachter eines vom Selbst getrennten Gedankens

Im *Objektmodus* werden Gedanken und innere Bilder wie Tatsachen behandelt und sind mit der Realität verschmolzen. Der Gedanke „Die Klausur werde ich verhauen!“ wird ebenso erlebt wie die Note 5, die man mit eigenen Augen auf dem Papier sehen kann, wenn man die Klausur zurückbekommen hat. Für die Veränderung von Metakognitionen und das Einstellen von Aktivitäten des CAS ist es wichtig, dass Patienten in der Therapie neue Erfahrungen hinsichtlich ihrer inneren Ereignisse machen können, die ihnen neues metakognitives

Wissen vermitteln und helfen ihre kognitiven Strategien der Selbstregulation zu verändern. Gelingt es Patienten während der Behandlung, innere Ereignisse im *metakognitiven Modus* zu erleben, dann bekommt der Gedanke „Die Klausur werde ich verhauen!“ eine neue, deutlich geringere Bedeutung. In dem Wissen, dass ein Gedanke nur ein Gedanke ist (und Menschen mit Hilfe ihrer automatischen Gedanken in der Regel nicht in der Lage sind, die Zukunft vorherzusehen), lernen die Patienten, den Gedanken vorbeiziehen zu lassen, ohne auf ihn zu reagieren, und die reale Schwierigkeit der Klausur und die spätere Note mit einem gesunden Maß an Aufregung und Angst abzuwarten.

■ Die metakognitive Therapie der Generalisierten Angststörung

In Abbildung 3 ist das metakognitive Modell der GAD dargestellt. Eine Sorgenepisode wird durch einen inneren Trigger, in der Regel ein intrusiver Gedanke, gelegentlich aber auch ein negatives inneres Bild, ausgelöst. Durch den Trigger werden positive metakognitive Überzeugungen aktiviert und führen zu dem Beginn von Sich-Sorgen-Machen über ein potenzielles negatives Ereignis in der Zukunft (Typ-1-Sorgen). Das Sorgenmachen hat wiederum Angst und Anspannung zur Folge. Bis hierhin existieren quasi keine Unterschiede zwischen gesunden Menschen und Betroffenen einer GAD. Das Ziel des Sichsorgens besteht darin, potenzielle Gefahrensituationen durchdacht und Pläne für ihre Bewältigung generiert zu haben. Wird dieses Ziel erreicht, kommt es zu einer Reduktion von Angst und einer Beendigung des Sorgenprozesses. Bei der GAD jedoch werden durch das Sich-Sorgen-Machen und die Angst zusätzlich negative Metakognitionen aktiviert. Diese beinhalten Überzeugungen, dass der Sorgenprozess unkontrollierbar und gefährlich ist (für die körperliche und seelische Gesundheit sowie die interpersonelle Situation). Dadurch kommt es zusätzlich zu Sorgen über das Sich-Sorgen-Machen, den sog. Typ-2- oder Metasorgen. Diese verstärken die Angst und Anspannung und erschweren massiv das Erreichen des

obigen Ziels und die damit einhergehende Beruhigung, so dass die Betroffenen subjektiv in ihren Sorgenkreisen gefangen sind. Um sich zu befreien, kommen diverse Strategien zum Einsatz, die maximal kurzfristig hilfreich sind, langfristig jedoch das Sorgenproblem aufrechterhalten, weil durch ihren Einsatz die Patienten lernen, dass auch diese Strategien ja eigentlich nicht richtig funktionieren und sie somit ihre Sorgen immer noch nicht kontrollieren können und ihnen weiterhin ausgeliefert sind. Das folgende Beispiel soll die Zusammenhänge verdeutlichen.

Beispiel:

Eine 40-jährige Patientin mit einer seit vielen Jahren bestehenden GAD befindet sich aktuell in einer akuten Sorgenepisode, weil sie befürchtet, dass sie und ihre Familie sich mit dem EHEC-Erreger infizieren könnten. Sie vermeidet daher den Besuch des Wochenmarktes und Fahrradtouren ins Grüne, weil man ja nicht sicher sein kann, wo der Erreger überall lauert. Gemüse hat sie nahezu komplett von ihrem Speiseplan gestrichen und wird nur in absoluten Ausnahmefällen verzehrt, dann natürlich intensiv gewaschen und sehr lange gekocht. Die Patientin hat viel über die Krankheit gelesen und sich im Internet informiert, um herauszufinden, wie sie sich und ihre Familie bestmöglich schützen kann. Sie macht sich so starke Sorgen über dieses Thema, dass sie glaubt, dass sie durch den Stress einen Herzinfarkt bekommen könnte, wie es ihrem Vater, wie sie sagt, bereits passiert ist. Immerhin helfen sich Mut machen und Rückversicherungen bei ihrem Ehemann ein wenig und bringen ihr kurze Momente innerer Ruhe. Manchmal versucht sie, die unangenehmen Sorgengedanken auch einfach zu unterdrücken, aber leider klappt das nur sehr selten und auch nur für kurze Zeit.

Die MCT bietet dem „Neuling“ einige Menge an Hilfsmitteln für die Therapieplanung und -durchführung. Es existieren verschiedene Fragebögen und Skalen, eine Sitzungscheckliste mit den Inhalten der aufeinanderbauenden Therapiesitzungen sowie eine Graphik und ein zugehöriges Interview zur Erstellung eines individuellen Fallkonzepts.

Abbildung 3: Das metakognitive Modell der Generalisierten Angststörung

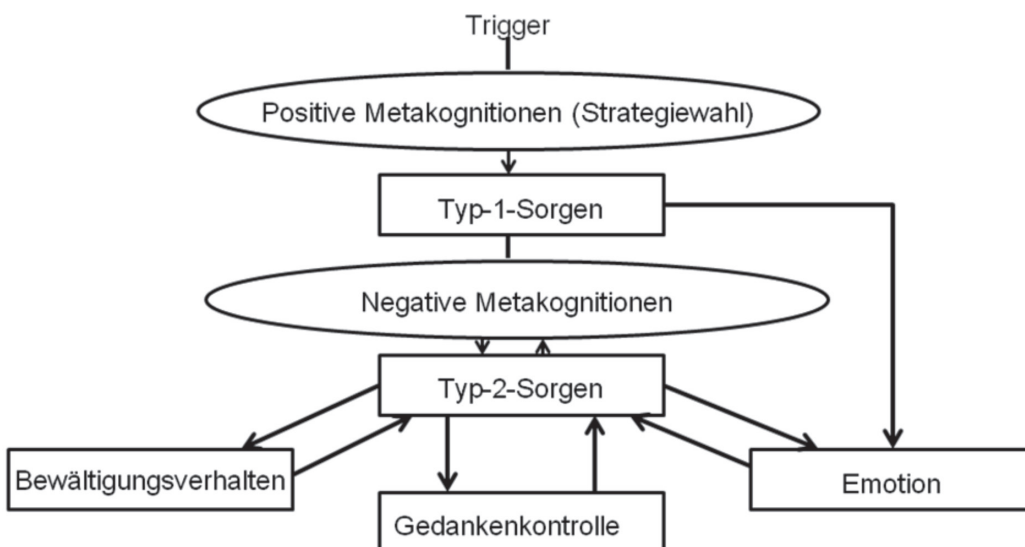
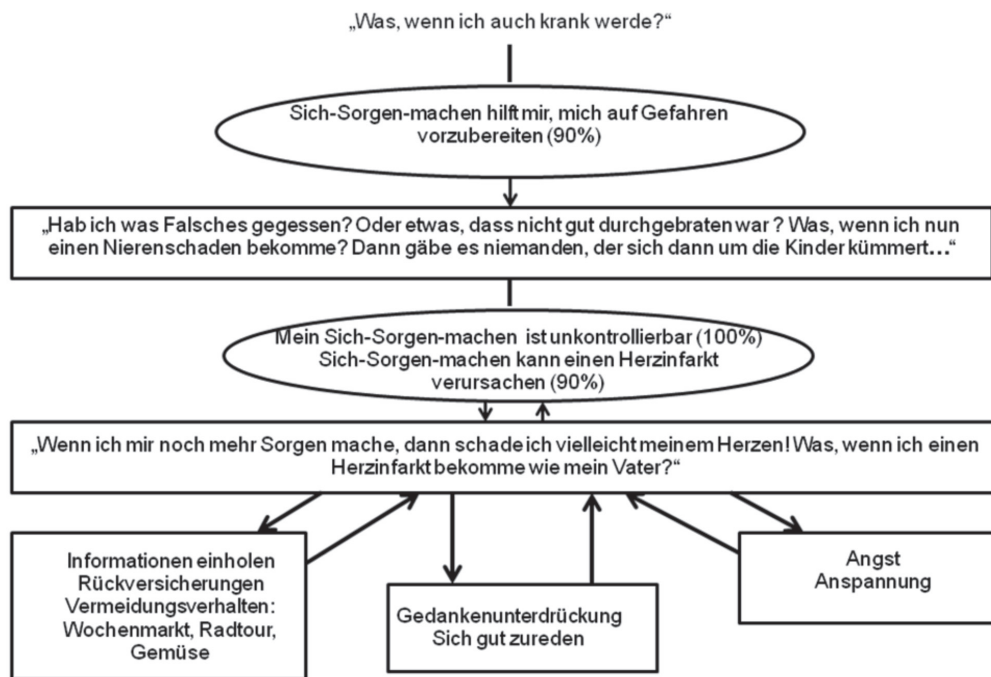


Abbildung 4: Beispiel für ein individuelles Fallkonzept bei einer GAD

Nach einer ausführlichen Diagnostik, die Grundlage jeder Psychotherapie sein sollte, beginnt die MCT immer mit der Erarbeitung eben dieses Fallkonzepts. Die Abbildung 4 ist das Ergebnis der ersten Sitzung des letzten Beispiels. Der Therapeut nutzt eine möglichst kurz zurückliegende Sorgenepisode, um mit Hilfe des Interviews das Fallkonzept zu erstellen. Eine Rating-skala, die GADS-R, die die Patienten zu Beginn jeder Sitzung ausfüllen, unterstützt ihn dabei, da sie wichtige Elemente des Fallkonzepts, wie z. B. das Ausmaß des Sich-Sorgen-Machens in der vergangenen Woche, dysfunktionale Bewältigungsstrategien oder die Ausprägung typischer Metakognitionen (im Modell in Prozent vermerkt) bei der GAD erhebt. Ist das Fallkonzept erstellt, so besteht der nächste Schritt darin, den Patienten mit dem Modell vertraut zu machen, um ein metakognitives Störungsverständnis und ein Commitment für den Therapieplan zu erreichen. Nach der detaillierten Erläuterung der Inhalte und Zusammenhänge des Modells, kommen zu diesem Zweck drei hypothetische Fragen zum Einsatz:

1. Wenn Sie davon überzeugt wären, dass Sich-Sorgen-Machen ausschließlich eine gute und hilfreiche Sache wäre, hätten Sie dann noch ein Problem?
2. Wenn Sie entdecken würden, dass Ihr Sich-Sorgen-Machen nach Belieben steuerbar ist, wie groß wäre Ihr Problem dann noch?
3. Wenn Sie entdecken würden, dass Sich-Sorgen-Machen für Körper und Geist unschädlich ist, wie würde sich das auf Ihr Wohlbefinden auswirken?

Diese Fragen zielen direkt auf die Bedeutung der vorhandenen Metakognitionen und helfen damit dem Patienten, ihre besondere Rolle zu verstehen. Im Anschluss daran hinterfragt der Therapeut die eingesetzten Gedankenkontroll- und Bewältigungsstrategien („Wie effektiv sind Ihre Strategien, um Sorgen loszuwerden? Was haben Sie durch diese Strategien über die Kontrollierbarkeit des Sorgenprozesses gelernt?) und schließt

das auch in der kognitiven Verhaltenstherapie bekannte Experiment zur Gedankenunterdrückung an („Denken Sie nicht an einen rosa Elefanten!“). Abschließend fasst der Therapeut die Ergebnisse dieser Schritte zusammen (zit. nach Wells, 2011): „Die Behandlung wird sich darauf konzentrieren, mit Ihnen Verhaltensweisen zu erarbeiten, wie Sie mit Gedanken, die Sorgen auslösen, wirksam umgehen können. Sie werden entdecken, dass Sich-Sorgen-machen kontrollierbar ist. Danach werden wir uns mit den negativen Überzeugungen, die Sie über der Gefährlichkeit des Sich-Sorgens haben, beschäftigen. Diese Überzeugungen führen zu Angst. Wir sollten uns deshalb bald mit ihnen befassen. Später werden wir in der Behandlung die positiven Überzeugungen, die Sie über das Sich-Sorgen-machen haben, ansehen. Auch sollten wir neue Möglichkeiten im Umgang mit negativen Gedanken untersuchen.“

■ Kritische Überprüfung von negativen metakognitiven Überzeugungen: Unkontrollierbarkeit des Sorgens

In unserem Beispiel ist die Patientin zu 90% davon überzeugt, dass Sich-Sorgen-Machen unkontrollierbar ist. Die Bearbeitung dieser Metakognition verfolgt dasselbe Ziel wie die spätere Bearbeitung der Metakognitionen bezüglich der Gefahren und des Nutzens des Sorgenprozesses: Sie soll am Ende der Therapie so gering wie möglich ausgeprägt sein, im besten Fall also bei 0% liegen.

Für die Veränderung von Metakognitionen stehen in der MCT verschiedene Interventionen zur Verfügung, die systematisch aufeinander aufbauen. Eine zentrale Technik ist in diesem Zusammenhang das Training der Detached Mindfulness (Losgelöste Achtsamkeit; DM), die mit Hilfe von zehn Übungen und Metaphern, die im Behandlungsmanual beschrieben sind, vermittelt werden kann.

Abbildung 5: Die Behandlungsstufen der metakognitiven Therapie der Generalisierten Angststörung

Die Struktur der Behandlung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Erarbeitung des Fallkonzepts 2. Vertrautmachen mit dem metakognitiven Modell 3. Kritische Überprüfung von metakognitiven Überzeugungen hinsichtlich der Unkontrollierbarkeit des Sich-Sorgen-Machens 4. Kritische Überprüfung von metakognitiven Überzeugungen hinsichtlich der Gefahren des Sich-Sorgen-Machens 5. Kritische Überprüfung von positiven metakognitiven Überzeugungen hinsichtlich des Sich-Sorgen-Machens 6. Erarbeitung von neuen Plänen für die kognitive Verarbeitung von Sorgengedanken 7. Rückfallprophylaxe

Abbildung 6: Detached Mindfulness und Kognitives Aufmerksamkeitssyndrom

Detached Mindfulness	Kognitives Aufmerksamkeitssyndrom
<ul style="list-style-type: none"> • Hohes Metabewusstsein • Kognitive Dezentrierung • Losgelöste Aufmerksamkeit • Wenig konzeptuelle Verarbeitung • Wenig zielgerichtete Bewältigungsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Niedriges Metabewusstsein • Kognitive Zentrierung • Gebundene Aufmerksamkeit • Viel konzeptuelle Verarbeitung • Viele zielgerichtete Bewältigungsstrategien

Die DM stellt den Gegenpol zum Kognitiven Aufmerksamkeitssyndrom dar (Abbildung 6). Im Grunde genommen ist sie eine „Tu-nichts-Strategie“, da sie die Einstellung jeglicher aktiven konzeptuellen Verarbeitung oder gezielten Aufmerksamkeitslenkung bedeutet. Gleichzeitig sollen auch jegliche Bewältigungsstrategien auf der Verhaltensebene eingestellt werden (Komponente der „Losgelöstheit“). Die Patienten treten zudem innerlich zwei Schritte zurück und nehmen die Perspektive eines distanzierten Beobachters ein. Von dort aus nehmen sie intrusive Gedanken und innere Bilder als das wahr, was sie tatsächlich sind: vorübergehende innere Ereignisse im Bewusstsein, die unabhängig vom Selbst und der realen Welt existieren (Komponente der „Achtsamkeit“). Durch den Einsatz von DM machen die Patienten ganz neue Erfahrungen mit ihren inneren Ereignissen. Haben sie sich vorher noch im Objektmodus kognitiver Verarbeitung befunden, so befinden sie sich durch die Anwendung von DM im metakognitiven Verarbeitungsmodus. Sie lernen dadurch z. B., dass Gedanken sie nicht dazu zwingen können, sich intensiv mit ihnen zu beschäftigen, wenn sie sich nicht selbst dafür entscheiden. Oder dass innere Bilder nur innere Bilder und damit gänzlich ungefährlich sind. Zudem hat DM ein Kommen

und Gehen innerer Ereignisse zur Folge, so dass Patienten die Erfahrung machen, dass unliebsame Gedanken von alleine vorbeiziehen, und zwar gerade dadurch, dass ich nichts tue und meine geistige Kraft einfach für Besseres aufspare. Diese Erfahrungen tragen maßgeblich zu einer Veränderung bestehender dysfunktionaler Metakognitionen bei und ermöglichen Patienten, die flexible Kontrolle über ihre Denk- und Aufmerksamkeitsprozesse zurückzugewinnen.

Übung (zit. nach Wells, 2011):

„Um mit dem Einsatz von DM vertraut zu werden, hilft es, mit spontan auftretenden mentalen Ereignissen zu üben. Dadurch erwerben Sie eine neue Beziehung zu diesen Ereignissen. Ich werde gleich eine Reihe von Wörtern sagen. Ich möchte Sie bitten, Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen. Kontrollieren und analysieren Sie nicht, was Sie denken, sondern beobachten Sie nur Ihre eigene Reaktion. Es kann sein, dass nicht viel geschieht, aber es kann auch sein, dass Ihnen Bilder in den Kopf kommen. Es ist nicht von Bedeutung, was genau passiert. Ihre Aufgabe ist es zu beobachten, was passiert, ohne es zu beeinflussen. Probieren Sie dies mit geschlossenen Augen. Ich werde nun einige Wörter sagen:

Apfel – Baum – Haus – Strand – Fahrrad – Sonne.

Was haben Sie bemerkt, als Sie Ihre seelischen Vorgänge beobachtet haben? Die Idee ist, dass Sie diese Strategie auf Ihre negativen Gedanken und Emotionen anwenden. Beobachten Sie einfach, was Ihre Psyche macht, ohne sich auf irgendeine Form von Nachdenken einzulassen.“

Die Übungen und Metaphern des Behandlungsmanuals ermöglichen den Patienten ein Kennenlernen von DM. Als Hausaufgabe sollen sie üben, DM auf die Trigger ihrer Sorgenkreise anzuwenden. Ziel ist es, beim Auftreten eines inneren Auslösers DM zu benutzen und das Sich-Sorgen-Machen auf eine Zeit am frühen Abend aufzuschieben und stattdessen mit den jeweiligen Alltagstätigkeiten fortzufahren. In den 15 Minuten abendlicher Sorgenzeit (nicht zu nah am Schlafengehen) dürfen dann alle aufgeschobenen Sorgen hervorgeholt und intensiv durchdacht werden, vorausgesetzt, der Patient möchte das dann noch. Dieses Vorgehen darf nicht mit dem verwechselt werden, was im alltäglichen therapeutischen Sprachgebrauch unter Ablenkung verstanden wird. Patienten, die sich ablenken, verfolgen das Ziel, dass ihre negativen Gedanken aus ihrem Bewusstsein verschwinden, weil sie mit unangenehmen Gefühlen einhergehen und vielleicht sogar als gefährlich betrachtet werden. Die Anwendung von DM hingegen bedeutet, den automatischen Gedanken zu erlauben, ins Bewusstsein zu treten oder eben auch weiterzuziehen, je nachdem wie es sich in der Situation von alleine ergibt. Allerdings reagiere ich nicht auf diese intrusiven Gedanken, versuche sie also weder wegzuschieben noch festzuhalten und entscheide mich lediglich, mich mit etwas anderem (und hoffentlich Lohnenswerterem) zu beschäftigen, nachdem ich diese Gedanken in meinem Bewusstsein registriert habe.

Patienten müssen die Anwendung von DM trainieren! Daher begleitet der Therapeut in den folgenden Sitzungen ihre Anwendung im Alltag, korrigiert Fehler in ihrem Einsatz, analysiert Probleme in der Anwendung und hilft dem Patienten, DM zunehmend korrekt zu benutzen. Gleichzeitig verfolgt er die Veränderung der negativen Metakognition „Unkontrollierbarkeit“ und benutzt weitere Interventionen, wie z. B. die verbale Reattribuierung oder den Einsatz von Kontrollverlustexperimenten, um diese metakognitive Überzeugung möglichst auf null Prozent zu senken. Parallel wird zudem damit begonnen, die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, wie z. B. Gedankenunterdrückung, Ablenkung oder Vermeidungsverhalten, schrittweise abzubauen, da sie im Gegensatz zu DM zu Erfahrungen führen, dass Sich-Sorgen-Machen eben nicht steuerbar, sondern unkontrollierbar ist.

■ Kritische Überprüfung von negativen metakognitiven Überzeugungen: Gefahren des Sorgens

Haben die Patienten deutliche Fortschritte in der Steuerbarkeit des Sichsorgens gemacht, wird damit begonnen, die Gefährlichkeit des Sich-Sorgen-Machens zu hinterfragen. Auch zu diesem Zweck stehen wieder verschiedene Interventionen zur Verfügung. Ein erster Schritt kann beispielsweise darin bestehen, Dissonanz zu erzeugen, damit der Patient seine metakognitiven Überzeugungen überdenkt und seine positiven oder negativen Metakognitionen verändert. Der Therapeut könnte z. B. fragen: „Sie glauben einerseits, dass Sich-Sorgen-Machen Sie schützt, weil Sie sich auf Gefahren vorbereiten können, und andererseits lebensgefährlich ist, weil es einen Herzinfarkt verursachen kann. Wie kann beides wahr sein?“ Anschließend können mit Hilfe des sokratischen Dialogs die Belege dafür gesammelt werden, dass Sich-Sorgen-Machen tatsächlich gefährlich ist, und diesen die Gegenbeweise gegenübergestellt werden. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, auch psychoedukativ Informationen über Sorgen, Angst und Stress zur Verfügung zu stellen (z. B. die Studienergebnisse von Tallis, 1994) oder den Patienten anzuleiten, diese Information zu erheben, z. B. durch Umfragen im Bekanntenkreis.

Eine Patientin kam nach einer solchen Umfrage einmal ganz aufgeregt in unsere nächste Sitzung und berichtete von ihren Ergebnissen. Sie erzählte: „Mein Mann ist immer die Ruhe selbst. Als ich ihn gefragt hab, ob er sich eigentlich überhaupt mal über irgendetwas Sorgen macht, da kam doch tatsächlich heraus, dass er sich sogar mindestens genauso viel Sorgen macht wie ich. Allerdings stört ihn das irgendwie überhaupt nicht. Wie macht er das bloß?“

Eine weitere Intervention ist in diesem Zusammenhang, den Patienten zu bitten, die Mechanismen detailliert zu erklären, durch die das Sich-Sorgen-Machen gefährlich ist: Wie genau verursacht Sich-Sorgen-Machen denn körperliche/psychische Schäden? Diese Annahmen werden mit Hilfe des sokratischen Dialogs und durch Psychoedukation bearbeitet und entkräftet. Sind diese Vorarbeiten geleistet und haben sich die negativen Metakognitionen über die Gefahr von Sich-Sorgen-Machen bereits abgeschwächt, nutzt man zuletzt Verhaltensexperimente, um die letzten Befürchtungen auszuräumen. Mit den

Patienten werden zu diesem Zweck Experimente erarbeitet, mit denen sich möglichst genau die zugrunde liegende negative Metakognition überprüfen lässt.

Eine Patientin entschied sich einmal ohne mein Wissen, ein solches Experiment durchzuführen. Sie befürchtete, in einer Sorgenepisode durch Sorgen und Angst ohnmächtig zu werden, und verließ daher möglichst schnell die auslösende Situation, um sich von ihren Sorgen und der Angst abzulenken. Eines Tages kam sie in eine Therapiesitzung und berichtete, dass sie ein Experiment durchgeführt hat, um mir zu beweisen, dass trotz aller in den vorherigen Therapiesitzungen verbal erarbeiteter Gegenbeweise Sich-Sorgen-Machen zu Ohnmacht und evtl. zu einem gefährlichen Sturz führen könnte. Als wieder eine intensive Sorgenepisode aufgetaucht ist, hatte sie bewusst auf das Verlassen der Situation und ihre alten Bewältigungsstrategien verzichtet und stattdessen mutig die drohende Ohnmacht erwartet. Diese kam jedoch nicht. Stattdessen erzählte sie: „Verflixt nochmal, da wollte ich Ihnen beweisen, dass ich Recht habe und was ist passiert? Ich bin gar nicht ohnmächtig geworden und irgendwann waren sogar die Sorgen und meine Angst wieder weg. Irgendwie ärgert es mich ja, aber vielleicht habe ich mich ja wirklich getäuscht!“

■ Kritische Überprüfung von positiven metakognitiven Überzeugungen

Ist es gelungen, die bestehenden negativen Metakognitionen zu verändern, hat das einen deutlich positiven Effekt auf das Wohlbefinden des Patienten. Erinnern wir uns an die zitierten Studien in der Einleitung, so waren gerade die negativen Metakognitionen spezifisch für die GAD und für das mit ihr einhergehende Leiden verantwortlich. Positive Metakognitionen sind unspezifisch für die Erkrankung. Allerdings ist ein Kennzeichen des CAS der unflexible Einsatz des Sich-Sorgen-Machens. Um dem Patienten zu ermöglichen, flexibler auf intrusive Gedanken und innere Bilder zu reagieren und einen nachhaltigen Therapieerfolg zu ermöglichen, ist es daher notwendig, auch die bestehenden positiven Metakognitionen zu verändern.

Ihre Überprüfung beginnt ebenso wie bei den negativen Metakognitionen mit verbalen Strategien. Mit Hilfe des sokratischen Dialogs werden erneut Beweise für den Nutzen des Sich-Sorgen-Machens gesammelt und erarbeiteten Gegenbeweise gegenübergestellt. Anschließend kann die Nützlichkeit des Sich-Sorgen-Machens zusätzlich mit einer retrospektiven oder prospektiven Gegenüberstellung eines Sorgen- und Realitätsskripts erfolgen. Eine weitere Intervention besteht in der Durchführung eines Verhaltensexperimentes. Der Patient soll das Sich-Sorgen-Machen z. B. für 2 Tage intensivieren und für 2 weitere Tage reduzieren. Vorab werden mit dem Patienten Kriterien erarbeitet, an denen möglichst eindeutig zu beobachten ist, ob das Sich-Sorgen-Machen tatsächlich mit Vorteilen verbunden ist (und z. B. für eine bessere Arbeitsleistung sorgt o.Ä.). Schlägt man in der Therapie diese Intervention vor, dann wird sie von Patientenseite häufig abgelehnt. Durch die Möglichkeit, das eigene Befinden vor der Therapie mit dem aktuellen Befinden nach einer deutlichen Reduktion an Sorgenprozessen zu vergleichen, nehmen Patienten den Ausgang des Experiments

häufig vorweg und finden daher einen erneuten Test überflüssig. Tatsächlich lässt sich im Therapieprozess in der GADS-R bereits in den vorangegangenen Sitzungen eine Veränderung positiver Metakognitionen erkennen, so dass an diesem Punkt in der Therapie lediglich noch „Reste“ zu bearbeiten sind.

■ Der Abschluss der Behandlung: neue Pläne für die kognitive Verarbeitung und Rückfallprophylaxe

Am Ende der Behandlung sollten sich die zentralen Elemente des metakognitiven Fallkonzepts verändert haben: Die ehemaligen positiven und negativen Metakognitionen betragen (im besten Fall) 0%, das Sich-Sorgen-Machen ist massiv reduziert, und Vermeidungsverhalten wurde ebenso aufgegeben wie die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, wie z. B. das Einholen von Informationen oder Rückversicherungen, das Unterdrücken von Gedanken o.Ä.

Der Therapeut überprüft gezielt, ob sich die Behandlung an diesem Punkt befindet (z. B. mit Hilfe der GADS-R). Sind die o.g. Ziele erreicht, erfolgt eine ausführliche Zusammenfassung der gesamten Behandlung. In diesem Zusammenhang werden die alten kognitiven Verarbeitungspläne des Patienten noch einmal seinen neu erworbenen Plänen gegenübergestellt und an alten und potentiell zukünftigen Beispielen illustriert. Einen kurzen Auszug einer solchen Gegenüberstellung zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Ein Beispiel für alte und neue Pläne kognitiver Verarbeitung

Alter Plan	Neuer Plan
Wenn du einen automatischen Sorgengedanken hast, dann mache dir intensiv Sorgen und überlege Möglichkeiten, wie du potenzielle Katastrophen vermeiden könntest.	Wenn du einen automatischen Sorgengedanken hast, dann setz dich nicht mit ihm auseinander, weil ein Gedanke nur ein Gedanke ist.
Wenn du einen negativen Gedanken hast, krank zu sein, dann richte deine Aufmerksamkeit auf deinen Körper und prüfe genau, ob du dich gesund fühlst.	Wenn du einen negativen Gedanken hast, krank zu sein, dann kümmere dich nicht um diesen Gedanken und richte deine Aufmerksamkeit weiter auf deine aktuelle Tätigkeit.
Vermeide Tagesschau und Zeitungen, weil du dir sonst wieder Sorgen um alles Mögliche machst!	Schaue Nachrichten und lies Zeitungen und wenn ein Sorgengedanken in dein Bewusstsein tritt, dann kümmere dich nicht um ihn, sondern lass ihn vorbeiziehen. Neue kognitive Einordnung: „Gedanken sind nur Gedanken und können mir nichts anhaben, wenn ich nichts mit ihnen mache!“

Neben der GADS-R stehen am Ende der Therapie auch weitere Erhebungsinstrumente für eine ausgiebigere Evaluation zur Verfügung (z. B. der Metacognitions Questionnaire 30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004, oder der Meta-Worry-Questionnaire; Wells, 2005). Die Therapie wird mit der Vereinbarung von zwei Auffrischungssitzungen beendet, die im Abstand von mehreren Wochen bis zu 3 Monaten stattfinden und dazu dienen, die Entwicklung des Patienten zu überwachen und den Einsatz der neuen kognitiven Verarbeitungspläne zu stärken.

■ Die Wirksamkeit der MCT in der Behandlung der GAD

Die MCT ist aus jahrelanger Forschungstätigkeit hervorgegangen. Nachdem zunächst die Gültigkeit des ihr zugrunde liegenden Informationsverarbeitungsmodells (S-REF) beforscht worden ist, schlossen sich die Entwicklung und Evaluation erster Interventionen an, die auf bestimmte Elemente des Modells Einfluss nehmen sollten. Heute liegt die MCT als manualisiertes Therapieverfahren für die Behandlung der GAD, aber auch der Zwangsstörungen, der unipolaren Depression und der Posttraumatischen Belastungsstörung vor (Wells, 2011). Die Behandlung der GAD ist laut Manual auf (lediglich) zehn Sitzungen konzeptualisiert.

Die vorhandenen Daten zur Evaluation der Behandlung der GAD bestehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus einer offenen Studie (Wells & King, 2006) sowie einer randomisierten Studie, in der die MCT-Behandlung mit einer Behandlung mit dem Entspannungsverfahren „Applied Relaxation“ verglichen worden ist (Wells et al., 2010). Die offene Studie von Wells und King umfasste die Behandlung von zehn konsekutiven Patienten, die die Diagnosekriterien einer GAD nach DSM-IV erfüllten. 50% Prozent hatten mehr als eine Diagnose, von ihnen litten 40% unter einer komorbiden Depression. Die Krankheitsdauer der GAD reichte von zwei bis zu 60 Jahren. Die Patienten wurden mit einer Sitzung wöchentlich behandelt, die Behandlungsdauer variierte zwischen 3 und 12 Sitzungen. Alle Patienten zeigten nach der Behandlung eine klinisch signifikante Verbesserung, und 87% erfüllten nicht mehr die Kriterien einer GAD. Sechs und 12 Monate später waren es noch 75%! Die Effektstärken der Therapie waren groß, z. B. gemessen mit dem Beck Anxiety Inventory = 1,82, dem Beck Depression Inventory = 1,41 oder Trait-Angst des State-Trait-Anxiety Inventory = 2,78.

Diese äußerst positiven Ergebnisse ließen sich in der randomisierten Studie im Vergleich mit Applied Relaxation (AR) replizieren. 20 Probanden wurden entweder mit MCT oder AR behandelt. Die Behandlungsdauer betrug zwischen acht und 12 wöchentlichen Sitzungen. MCT war der AR zu allen Messzeitpunkten deutlich überlegen. Nach der Behandlung erfüllten 80% das Remissionskriterium, gemessen mit dem Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) und der Subskala Trait-Angst des State-Trait-Anxiety Inventory (Trait-A) (AR: 10%). Nach sechs Monaten waren es noch 70% (AR: 10% nach PSWQ bzw. 20% nach Trait-A), nach einem Jahr 80% nach PSWQ und 60% nach Trait-A (AR: 10% nach PSWQ

und 20 % nach Trait-A). Wie schon in der offenen Studie waren auch die Effektstärken in dieser Untersuchung sehr hoch. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es sich bei der MCT trotz einer geringen Therapiedauer um eine hoch effektive und nachhaltige Behandlung der GAD handelt!

■ Weitere Informationen

Dem interessierten Leser sei das mittlerweile auf deutsch erhältliche Behandlungsmanual empfohlen (Well, 2011). Informationen über die Ausbildung in Metakognitiver Therapie am MCT-Institut von Prof. Wells finden sich unter www.mct-institute.com. Informationen in deutscher Sprache bietet die Website www.metakognitivetherapie.de.

■ Literatur

- Amir, N., Cashman, L., Foa, E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 775-777.
- Association, A.P. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision)*. New York.
- Bandelow, B. (2003). Epidemiology of Depression and Anxiety. *Handbook on Depression and Anxiety*. In: Kasper, S., den Boer, J.A. & Sitsen, A.J.M. (Eds.). New York: M. Dekker.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Blanchard, E.B., Vermilyea, J.A., Vermilyea, B.B. & Di Nardo, P.A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 40-4.
- Blazer, D.H., Hughes, D., George, L., Swartz, M. & Boyer, R. (1991). Generalized Anxiety Disorders. In L.N.R. Robins & Regier, D. (Eds.), *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & Dupree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Borkovec, T.D., Ray, W.J. & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Carter, R.M., Wittchen, H.U., Pfister, H. & Kessler, R.C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13(2), 78-88.
- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 217-49.
- Fisher, P. & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy: Distinctive Features (CBT Distinctive Features)*. Routledge: Chapman & Hall.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Patricia Chou, S., June Ruan, W. & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39(1), 1-9.
- Harvey, A.G. (2000). Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *British Journal of Clinical Psychology*, 39 (3), 275-86.
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P., Wells, K.B. & Zaslavsky, A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-23.
- Kessler, R.C., DuPont, R.L., Berglund, P. & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1915-23.
- Lavender, A. & Watkins, E. (2004). Rumination and future thinking in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(2), 129-42.
- Longmore, R.J. & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187.
- Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H.J., Linz, M., Heun, R. & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 29-36.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-95.
- Nassif, Y. (1999). *Predictors of pathological worry*. Manchester: University of Manchester.
- Ruscio, A.M. (2002). Delimiting the boundaries of generalized anxiety disorder: differentiating high worriers with and without GAD. *Journal of Anxiety Disorder*, 16(4), 377-400.
- Ruscio, A. M. & Borkovec, T.D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1469-82.
- Tallis, F.D., Davey, G. & Capuzzo, N. (1994). The phenomenology of non-pathological worry: A preliminary investigation. In G. Davey & F.D. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.: 61-89.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. In G. Davey & F.D. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.: 91-114.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wells, A. & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6): 585-94.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-96.
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-12.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888.

- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 429-34.
- Wells, A. & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Woodman, C.L., Noyes, Jr., R., Black, D.W., Schlosser, S. & Yagla, S.J. (1999). A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 3-9.
- Yonkers, K.A., Warshaw, M.G., Massion, A.O. & Keller, M.B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168(3), 308-13.

■ Korrespondenzadressen

Dr. rer. hum. biol. Dipl.-Psych. Oliver Korn
Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23564 Lübeck
E-Mail: Oliver.Korn@UKSH.de
Telefon: 0451-500-2468/2910

Dr. phil. Dipl.-Psych. Valerija Sipos
Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23564 Lübeck

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger
Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23564 Lübeck