



Simons

Metakognitive Therapie mit Kindern und Jugendlichen

BELTZ

Inhalt

Vorwort	13
1 Theorie der Metakognitiven Therapie	17
1.1 Von der Verhaltenstherapie zur Metakognitiven Therapie	18
1.2 Metakognitive Therapie	21
1.3 Das metakognitive Störungsmodell	25
1.3.1 Perseverierende Denkprozesse	26
1.3.2 Aufmerksamkeitsfokussierung	28
1.3.3 Maladaptive Bewältigungsstrategien	29
1.3.4 Objekt- und metakognitiver Modus	30
1.4 Metakognitionen	30
2 Die metakognitive Befunderhebung	32
2.1 Fragebogenskalen	32
2.1.1 Fragebogen zu repetitivem negativen Denken	32
2.1.2 Metakognitions-Fragebogen	33
2.1.3 Verlaufs-Ratingskalen	34
2.2 Fallkonzeption	35
3 Das metakognitive Behandlungskonzept	40
3.1 Vertrautmachen mit dem Störungs- und Veränderungsmodell	40
3.1.1 Die Brücke	41
3.1.2 Gedankenunterdrückungsexperimente	42
3.1.3 Zielklärung	45
3.2 Neuer Umgang mit belastenden Gedanken und perseverieren- dem Denken	46
3.2.1 Stopp die Dominos: losgelöste Achtsamkeit	47
3.2.2 Perseverierende Denkprozesse aufschieben	53
3.3 Abbau negativer und positiver metakognitiver Überzeugungen	55
3.4 Aufmerksamkeitsmodifikation	56
3.5 Abbau maladaptiven Bewältigungsverhaltens	57
3.6 Rückfallprävention und neue metakognitive Pläne	60
3.7 Zusätzliche Strategien	60
3.7.1 Aufmerksamkeitstraining	61
3.7.2 Metakognitive Rollenspiele	62
3.7.3 Impact-Strategien	65
3.8 Ablauf der Therapiesitzung	66
3.8.1 Check-in	66
3.8.2 Agenda bestimmen	66

3.8.3	Metakognitive Veränderungsstrategien	67
3.8.4	Hausaufgaben	67
3.9	Beziehungsgestaltung und therapeutischer Stil	68
3.9.1	Validieren	70
3.9.2	»Strategische Respektlosigkeit«	70
3.9.3	Lösungsorientierung	71
3.9.4	Wunderfrage	72
3.10	Häufige Behandlungsfehler	72
4	Angststörungen	74
4.1	Symptomatik	75
4.2	Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Störungs- und Behandlungsmodell	77
4.3	Metakognitives Störungs- und Veränderungsmodell	78
4.3.1	Das kognitive Aufmerksamkeitssyndrom bei einzelnen Angststörungen	79
4.3.2	Objekt- und metakognitiver Modus	85
4.4	Metakognitive Therapie der Angststörungen	85
4.4.1	Erarbeiten und Besprechen eines gemeinsamen Störungsmodells	86
4.4.2	Neuer Umgang mit Gedanken und perseverierendem Denken	88
4.4.3	Veränderung metakognitiver Überzeugungen zu den Sorgen	94
4.4.4	Veränderung der Überzeugungen zu dysfunktionalen Aufmerksamkeitsprozessen sowie Sicherheits- und Vermeidungsverhalten	97
4.4.5	Rückfallprävention und neuer Plan	101
4.5	Systemische Aspekte und Probleme auf der Objektebene	102
4.6	Behandlungskomplikationen und Behandlungsfehler	106
4.7	Unterschiede zur Kognitiven Verhaltenstherapie	107
5	Depression und emotionale Instabilität	109
5.1	Behandlungsindikationen und -möglichkeiten	109
5.2	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungs- und Behandlungsmodelle	110
5.3	Metakognitives Störungs- und Veränderungsmodell	110
5.3.1	Metakognitive Überzeugungen	112
5.3.2	Objekt- und metakognitiver Modus	113
5.4	Metakognitive Therapie depressiver Störungen	113
5.4.1	Gemeinsames Störungskonzept und Psychoedukation	114
5.4.2	Neuer Umgang mit belastenden Gedanken und perseverierendem Denken	118
5.4.3	Veränderung metakognitiver Überzeugungen	121

5.4.4	Veränderung von Sicherheitsverhalten und maladaptiven Bewältigungsstrategien	124
5.4.5	Rückfallprävention und neue metakognitive Pläne	126
5.5	Selbstwertprobleme	128
5.6	Behandlung emotional instabiler Jugendlicher	129
5.7	Metakognitive Therapie für chronisch suizidale und sich selbstverletzende Jugendliche	133
5.7.1	Fallkonzeption und Vertrautmachen mit dem Therapiemodell	133
5.7.2	Metakognitive Therapie bei NSSV und Suizidalität	134
5.8	Systemische Aspekte und Probleme auf der Objektebene	139
5.9	Behandlungskomplikationen und Behandlungsfehler	140
5.10	Unterschiede zur Kognitiven Verhaltenstherapie	140
6	Posttraumatische Belastungsstörung und anhaltende Trauerstörung	142
6.1	Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung	142
6.2	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungs- und Veränderungsmodelle der PTBS	145
6.3	Metakognitives Störungs- und Veränderungsmodell	147
6.4	Metakognitive Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung	149
6.4.1	Psychoedukation und Fallkonzeption	150
6.4.2	Neuer Umgang mit Gedanken	154
6.4.3	Reduktion von Metakognitionen bezüglich Sorgen, Grübeln und Lückenfüllen	159
6.4.4	Abbau von Hypervigilanz und dysfunktionalen Lösungsversuchen	164
6.4.5	Rückfallprävention und neuer Plan	169
6.5	Systemische Interventionen	172
6.6	Zusätzliche Strategien	173
6.7	Behandlungskomplikationen	174
6.8	Besonderheiten bei der Behandlung von anhaltender Trauer und Verlust	175
6.9	Unterschiede zur Kognitiven Verhaltenstherapie	177
7	Zwangsstörungen	179
7.1	Symptomatik	179
7.2	Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmodell	181
7.3	Metakognitives Störungs- und Veränderungsmodell	182
7.3.1	Metakognitive Überzeugungen	185
7.3.2	Objekt- und metakognitiver Modus	185
7.4	Metakognitive Therapie der Zwangsstörung	186

7.4.1	Erarbeiten und Besprechen eines gemeinsamen Störungsmodells	187
7.4.2	Neuer Umgang mit Gedanken	192
7.4.3	Veränderung metakognitiver Überzeugungen über die Zwangsgedanken	196
7.4.4	Veränderung der Überzeugungen zu Ritualen und Stoppsignalen	206
7.4.5	Strategien bei »Not-just-right«-Ritualen und bei Entscheidungsproblemen	210
7.4.6	Rückfallprävention und neue Pläne	213
7.5	Eltern- und familienbezogene Interventionen	213
7.6	Behandlungskomplikationen	216
7.7	Behandlungsfehler	218
7.8	Grenzen der Metakognitiven Therapie	220
7.9	Unterschiede zur Kognitiven Verhaltenstherapie	222
8	Somatoforme Störungen / somatische Belastungsstörungen	224
8.1	Symptomatik	224
8.2	Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Störungs- und Behandlungsmodell	225
8.3	Metakognitives Störungs- und Veränderungsmodell	228
8.3.1	Metakognitive Überzeugungen	228
8.3.2	Objekt- und metakognitiver Modus	229
8.4	Metakognitive Therapie somatoformer Beschwerden	231
8.4.1	Psychoedukation	231
8.4.2	Erarbeiten und Besprechen eines gemeinsamen Störungsmodells	233
8.4.3	Aufmerksamkeitsstrategien und Aufmerksamkeitstraining	236
8.4.4	Reduktion der Sorgen und Veränderung assoziierter metakognitiver Überzeugungen	239
8.4.5	Abbau maladaptiver Bewältigungsstrategien (Exposition)	242
8.4.6	Rückfallprävention und neuer Plan	243
8.5	Eltern- und familienbezogene Interventionen	244
8.6	Systemische Aspekte und Probleme auf der Objektebene	248
8.7	Behandlungskomplikationen und Behandlungsfehler	249
8.8	Ergänzende Interventionen	250
8.9	Unterschiede zur Kognitiven Verhaltenstherapie	250
9	Schlussgedanken	252
9.1	Empirische Belege	252
9.2	Grenzen der Metakognitiven Therapie	253
9.3	Was Patienten über die Therapie denken	254

Anhang	257
Arbeitsmaterial	258
Literatur	283
Sachwortverzeichnis	294

Vorwort

Die Metakognitive Therapie (MCT) ist ein relativ neues Therapieverfahren, das von Adrian Wells seit den 1990er-Jahren entwickelt wurde. Wells ist ein Schüler des Begründers der Kognitiven Therapie, Aaron T. Beck. Beck betonte die Bedeutung der Kognitionen, d. h. der Interpretation von Ereignissen, für die Gefühle und das Verhalten. Die Kognitive Therapie zielt darauf ab, kritische Kognitionen (z. B. »Ich bin ein Versager«) herauszuarbeiten und zu modifizieren. Wells selbst sieht sich in der Tradition der Kognitiven Therapie, was sich in seinem Buchtitel *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders* von 1997 ausdrückt. Mit der Zeit kamen ihm jedoch Zweifel an der Bedeutung einzelner Gedanken. Jeder Mensch hat von Zeit zu Zeit negative Gedanken, ohne deswegen schon eine Depression oder eine Angststörung zu entwickeln. Meistens gehen diese Gedanken vorüber, ohne Gefühle und Verhalten zu beeinflussen. Zum Problem werden sie erst, wenn ihnen eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird und sie kognitive Prozesse wie Grübeln oder Sich-Sorgen-Machen auslösen. Diese Prozesse werden durch Metakognitionen ausgelöst und aufrechterhalten, d. h. Bewertungen dieser Denkprozesse wie z. B. »Ich muss nachdenken, warum ich ein Versager bin« oder »Ich kann nicht mehr aufhören nachzudenken«. Diese Metakognitionen befördern nicht nur diese problematischen Denkprozesse, sondern auch dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse und Bewältigungsstrategien. Die Metakognitive Therapie zielt daher darauf ab, diese Denk- und Aufmerksamkeitsprozesse abzuschwächen. Gefühle werden nicht direkt verändert. Sie werden als Folge dieser Denkprozesse verstanden: Wer viel grübelt, wird wahrscheinlich depressiv. Wer sich viele Sorgen macht, wird unsicher und ängstlich. Wer sich selbst viele Vorwürfe macht, wird Schuldgefühle entwickeln.

Die problematischen Denkprozesse sind wie umkippende Dominosteine. Die Metakognitive Therapie zielt darauf ab, die einzelnen Gedanken – oder die Dominosteine – stehen zu lassen und das Kippen der Steine zu unterbinden oder zu unterbrechen. Das Buch hätte daher auch mit Referenz an den 1992 verstorbenen Musiker Mark Heard »Stopp die Dominos« (1981) heißen können.

Wells entwickelte die Metakognitive Therapie für die Behandlung von Erwachsenen mit Angst-, Zwangs-, depressiven und posttraumatischen Belastungsstörungen. Anfang der 2000er-Jahre begann ich mich für diesen Ansatz zu interessieren. Ich las Wells Bücher *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders* und *Emotional Disorders and Metacognition* und konnte in meiner Doktorarbeit zeigen, dass die Metakognitive Therapie auch mit Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen erfolgreich durchführbar ist (Simons et al., 2006). Dies war die erste Studie mit Metakognitiver Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Als dann 2009 die erste MCT Masterclass unter der Leitung von Adrian Wells und Hans Nordahl angeboten wurde, hatte ich die Ehre, als einziger

Deutscher mit gut 30 Kolleginnen und Kollegen aus Norwegen, die allesamt mit erwachsenen Patienten arbeiteten, diese zu besuchen.

Das vorliegende Buch baut auf den Erfahrungen der dreijährigen Masterclass und Wells Arbeiten auf und ist ohne diese gar nicht vorstellbar. Insbesondere Wells Meisterwerk »Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression« ist jeder Psychotherapeutin und jedem Psychotherapeuten wärmstens zu empfehlen und in weiten Teilen auch Grundlage für dieses Buch.

Ich möchte in diesem Buch aufzeigen, wie die Metakognitive Therapie mit Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden kann. Dass sich Kinder und Jugendliche Gedanken über ihre Gedanken machen, zeigen viele entwicklungspsychologische Studien (z. B. Flavell et al., 1998; Flavell & Green, 1999). Schön illustriert wird dies auch im Titel von John Greens (2017) Bestseller *Schlaft gut, ihr fieses Gedanken*. Selbst wenn populärwissenschaftliche Bücher gerne »die Macht der Gedanken« beschwören, zeigt sich in der Therapie, dass diese Gedanken gar nicht so mächtig sind (Simons, 2016). Diese Erkenntnis gilt es in der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche erlebbar zu machen.

In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, abstrakte Konzepte wie Denkprozesse und Metakognitionen konkret erfahrbar zu machen. Hilfreich ist dafür die Arbeit mit Metaphern. Eine besondere Art, mit Metaphern zu arbeiten, wurde von Danie Beaulieu (1995) entwickelt. Ihre Impact-Strategien sind lebendige Metaphern und gut geeignet, einen bleibenden Eindruck (also »Impact«) bei den Klienten zu hinterlassen. In dem vorliegenden Buch werden daher immer wieder Impactstrategien aufgezeigt, die die metakognitive Behandlung unterstützen sollen.

Ein weiterer Einfluss, der von Wells nicht betont, in diesem Buch jedoch wiederholt herausgehoben wird, stammt aus der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie (de Shazer, 1989; Schmidt, 2004). Gezeigt wird, dass auch in der Metakognitiven Therapie lösungsorientiert gearbeitet werden kann und sollte, insbesondere mittels lösungsorientierter Fragen (z. B. »Was wirst du tun, wenn du weniger grübelst?«) und Fragen nach Ausnahmen vom Problem (z. B. »Wann hast du das letzte Mal einen Zwangsgedanken gehabt, ohne dann dein Zwangsritual auszuführen?«).

Wells betont häufig die Unterschiede von Metakognitiver Therapie und Kognitiver Verhaltenstherapie. Auch in diesem Buch werden immer wieder (beispielsweise am Ende der störungsorientierten Kapitel) diese Unterschiede herausgearbeitet. Dennoch ist zumindest für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen der Stellenwert kognitiv-behavioraler Strategien nicht zu verkennen. Folglich werden diese Strategien zumindest teilweise in die hier beschriebene metakognitive Behandlung integriert. Dabei wird jedoch darauf geachtet, dass sie kompatibel zum metakognitiven Vorgehen sind.

Bei vielen Störungen und insbesondere bei der Arbeit mit Kindern ist der Einbezug der Familie in die Therapie wichtig, sodass auch metakognitive familienorientierte Interventionen dargestellt werden.

Der weitgehende Verzicht auf gender-ausgewogene Formulierungen wie »der/die Therapeut/-in« erfolgte alleine aus Gründen der leichteren Lesbarkeit. Dass in der Regel von einem männlichen Therapeuten geschrieben wird, liegt zuallererst am männlichen Geschlecht des Autors, der seine eigenen therapeutischen Erfahrungen notiert hat. Ich bitte alle Leserinnen herzlichst um Nachsicht.

Viele der wiedergegebenen Dialoge mit Kindern und Jugendlichen beruhen auf tatsächlichen Therapiegesprächen. Namen und Details wurden so verändert, dass eine präzise Identifikation der Personen nicht möglich ist. Ich bin den Kindern und Jugendlichen, die sich bei mir in Psychotherapie befanden und befinden, sehr dankbar. Sie haben mir geholfen herauszufinden, wie man metakognitiv mit ihnen arbeiten kann, und welche Strategien oder Formulierungen eher untauglich sind.

Dieses Buch richtet sich an angehende und erfahrene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Mein Wunsch ist, dass sie dieses Buch mit viel Gewinn lesen und es ihr psychotherapeutisches Wissen bereichert.

Aachen, im Sommer 2018

Dr. Michael Simons

1 Theorie der Metakognitiven Therapie

Die Metakognitive Therapie (Original: Metacognitive Therapy, MCT) wurde von Adrian Wells in den 1990er-Jahren entwickelt. Wells ist ein Schüler von Aaron Beck, dem Begründer der Kognitiven Therapie. Bis heute gilt Wells' Buch *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders* (1997, deutsch 2011a) als Meilenstein der Kognitiven Therapie der Angststörungen. In diesem Buch finden sich neben den kognitiven auch erste metakognitive Behandlungskonzepte. Explizit metakognitiv orientiert war Wells' Buch *Emotional Disorders and Metacognition* (2000), aber im Untertitel *Innovative Cognitive Therapy* war noch nicht von Metakognitiver Therapie die Rede; dies geschah erst mit *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (2009, deutsch 2011b). Metakognitiv bedeutet das »Denken über das Denken«. Das Störungsverständnis der Metakognitiven Therapie dreht sich um perseverierende Denkprozesse – wie z. B. sich Sorgen zu machen – und deren metakognitive Bewertung, z. B. »Es schadet mir, wenn ich mir Sorgen mache«. Wiewohl es sich um einen sehr neuen Therapieansatz handelt, sind diese Phänomene schon viel früher beschrieben worden, z. B. von Charles Schulz (1991) in einem seiner berühmten Peanuts-Cartoons:

Linus: Du siehst so deprimiert aus Charlie Brown.
Charlie Brown: Ich mache mir viele Sorgen um die Schule – und außerdem mache ich mir viele Sorgen darüber, dass ich mir so viele Sorgen um die Schule mache. – Meine Ängste haben Ängste.

Brauchen wir eine neue Therapieform?

In den letzten Jahren zeichnet sich für die Behandlung von Angst- und Stimmungsstörungen, d.h. sogenannten internalisierenden Störungen, eine deutliche Dominanz kognitiv-verhaltenstherapeutischer (KVT) Ansätze und der pharmakologischen Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors; SSRI) ab. In den kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Lehrbüchern der letzten Jahre werden fast ausschließlich diese beiden Ansätze beschrieben. Die Forschungslage dazu kann als sehr gut beschrieben werden. Allerdings zeigen drei jüngere Metaanalysen auch die Grenzen dieser Ansätze auf. Weisz et al. (2017) untersuchten die Wirksamkeit von psychologischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen der letzten fünf Dekaden. Allgemein gilt eine Effektstärke (ES) von 0,8 als groß, eine ES von 0,5 als mittel und eine ES von 0,2 als klein. Insgesamt ermittelten die Autoren mit 0,46 eine mäßig große Effektstärke. Die größten Effekte fanden sie für die Behandlung von Angststörungen (0,61), die geringsten für Depression (0,29). In einer weiteren Metaanalyse zeigten Weisz et al. (2013), dass evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlung (zumeist KVT) nicht-standardisierten Behandlungen (»usual care«) nur geringfügig überlegen sind (ES = 0,29). Die Autoren schlussfolgern, dass psychologische Therapie wirkt, aber durchaus verbesserungswürdig ist.

Locher et al. (2017) untersuchten die Wirksamkeit und Sicherheit von SSRI, Serotonin-Norepinephrin Wiederaufnahmehemmern (SNRI) und Placebo bei Kindern und Jugendlichen. Insgesamt fanden sie einen kleinen Vorteil der Psychopharmaka im Placebovergleich mit einer kleinen Effektstärke von 0,32. Am stärksten war dieser Effekt noch bei Angststörungen (0,56; für ausschließlich SSRI 0,71), schwächer für Zwangsstörungen (0,39), Depression (0,20) und Posttraumatische Belastungsstörung (0,16). Angesichts des erhöhten Risikos für negative Effekte raten die Autoren zu einem vorsichtigen Einsatz dieser Psychopharmaka bei internalisierenden Störungen. In der Gesamtschau verweisen diese Befunde auf einen deutlichen Bedarf nach besseren Behandlungsansätzen.

1.1 Von der Verhaltenstherapie zur Metakognitiven Therapie

Die Metakognitive Therapie steht in der Tradition der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und kann als eine Weiterentwicklung der Kognitiven Therapie nach Beck (1976) und Ellis (1962) verstanden werden. Es ist daher sinnvoll, zunächst einige Grundkonzepte der Verhaltenstherapie und der Kognitiven Therapie zu erläutern, bevor herausgearbeitet wird, was die Metakognitive Therapie ausmacht.

Verhaltenstherapie. In der Verhaltenstherapie gilt menschliches Verhalten als gelernt, es ist abhängig von Reizen und den Reaktionen auf das eigene Verhalten. Relevante Lernformen sind die klassische und die operante Konditionierung. In der klassischen Konditionierung bzw. dem Signallernen wird ein vormals neutraler Reiz mit einem un konditionalen Reiz assoziiert. Beispiel: Ein Mensch isst Brokkoli und muss plötzlich erbrechen. Der vormals neutrale Brokkoli wird nun mit dem Erbrechen assoziiert, sodass zukünftig schon der Anblick von Brokkoli bei dem Betroffenen zu Übelkeit führt. Verhaltenstherapeutische Expositionsverfahren zielen darauf ab, diese Assoziationen wieder abzubauen. In dem genannten Beispiel müsste sich der Betroffene so lange mit dem Anblick (und später dem Geruch und Geschmack) von Brokkoli konfrontieren, bis sich die Assoziation von Brokkoli und Erbrechen abschwächt.

Die operante Konditionierung bzw. das Lernen am Erfolg postuliert, dass die Konsequenzen des Verhaltens entscheidend sind, ob es in Zukunft häufiger auftritt (also gelernt) oder seltener (also verlernt ist). Verhalten wird aufgebaut durch positive Verstärkung, bei der eine positive Konsequenz auf ein Verhalten erfolgt, und negative Verstärkung, bei der ein Verhalten indirekt belohnt wird, und zwar dadurch, dass ein negativer Reiz sistiert. Negative Verstärkung (oder Vermeidungslernen) ist besonders wichtig zur Erklärung, wie Angststörungen aufrechterhalten werden, nämlich durch Vermeidung. Weil der/die Betroffene die furchtmachende Erfahrung (z. B. vom Dreimeterbett zu springen oder in die Schule zu gehen) vermeidet, erlebt er / sie zunächst eine Erleichterung (also eine Angstreduktion), hat aber weiterhin Angst vor dieser Situation. Abgebaut wird Verhalten durch Löschung, wobei eine positive Konsequenz auf das Verhalten ausbleibt, und Bestrafung, wobei eine negative Konsequenz zugefügt wird.

In der Verhaltenstherapie werden häufig klassische und operante Konditionierung miteinander kombiniert, z. B. in der Expositionsbehandlung von Angststörungen, was am

Beispiel der Trennungsangst gezeigt werden soll. Diese wird aus verhaltenstherapeutischer Sicht zum einen durch die Assoziation von Reiz (Trennung von den Eltern) und Angst aufrechterhalten (klassische Konditionierung). Zudem werden das klammernde Verhalten und das Weinen des Kindes dadurch negativ verstärkt, dass die Eltern schließlich ihre Versuche, sich vom Kind zu lösen, aufgeben (operante Konditionierung). Die Verstärkung geht dabei in beide Richtungen, denn auch das Kind »belohnt« seine Eltern für ihr Nachgeben dadurch, dass es aufhört zu weinen (negative Verstärkung).

In der Expositionstherapie wird das Kind solange von den Eltern getrennt, bis es die Erfahrung macht, dass die Angst von alleine abklingt (Auflösung der Assoziation Trennung/Angst und negative Verstärkung), zudem wird durch die Exposition das Vermeidungslernen abgebaut.

Kognitive Therapie. Die Kognitive Therapie versteht sich als eine Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie. In der Verhaltenstherapie gelten die Gedanken und Überzeugungen der Patienten als wenig messbar und damit zu vernachlässigen. Diese sind quasi in der »black box« des subjektiven Erlebens, entscheidend sind nur die beobachtbaren Stimuli und Reaktionen auf ein bestimmtes Verhalten. Die Kognitive Therapie fokussiert dagegen explizit auf Gedankeninhalte und Überzeugungen. Demnach ist nicht ein Ereignis (z. B. Erik findet im Unterricht keinen Partner für die Zweiergruppenarbeit), sondern dessen Interpretation bedeutsam für Verhalten und Erleben. Denkt Erik: »Keiner mag mich«, wird er sich wahrscheinlich traurig zurückziehen und sich beim nächsten Mal möglicherweise gar nicht mehr trauen, aktiv einen Partner zu suchen. Denkt er dagegen: »Naja, bei einer ungeraden Anzahl von Schülern kann es nicht nur Zweiergruppen geben«, wird er sich emotional unbeeinträchtigt einer Zweiergruppe anschließen. Verhängnisvoll bei der erstgenannten kognitiven Bewertung ist, dass sich die Annahme zu einer Grundüberzeugung entwickeln kann, die zu negativen Erwartungen und entsprechendem (Vermeidungs-)Verhalten führt. Zentrales Modell der Kognitiven Therapie ist das »ABC-Modell«: Auslöser – Bewertung – Konsequenz:

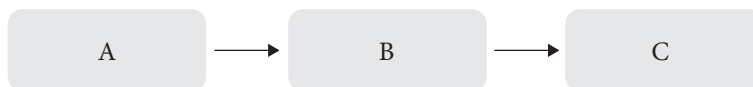


Abbildung 1.1 ABC-Modell der Kognitiven Therapie (nach Ellis, 1962)

Angewendet auf das Beispiel von Erik sieht das Schema so aus:



Abbildung 1.2 ABC-Modell der Kognitiven Therapie am Beispiel von Erik

In der Kognitiven Therapie werden folglich die kritischen Kognitionen herausgearbeitet, überprüft (und damit einer Realitätstestung unterzogen) und schließlich modifiziert. Als besonders problematisch gelten in der Kognitiven Therapie rigide

Denkmuster (z. B. Schwarz-weiß-Denken) und Standards (z. B. perfektionistisches Denken). Kognitive Interventionen für Kinder und Jugendliche bestehen häufig darin, den ängstigenden Gedanken weniger ängstigende Gegengedanken gegenüber zu stellen. Büch und Döpfner (2012) sprechen in diesem Fall von »Angstkillergeredanken« (z. B. »Vielleicht lachen die mich ja nicht aus«).

Kognitive Verhaltenstherapie. Heutzutage werden verhaltenstherapeutische und kognitive Strategien häufig miteinander kombiniert, sodass man meistens von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) spricht. Unterstützt wird dies durch die Erkenntnisse, dass einerseits kognitive Veränderung auch Verhaltensänderungen bewirken und andererseits Verhaltensänderung auch zu kognitiven Veränderungen führen. So wird in der Exposition nicht nur das Angst- und Vermeidungsverhalten abgebaut, sondern auch eine kognitive Veränderung bewirkt, z. B. wird gelernt: »Es ist ungefährlich, für eine bestimmte Zeit von meinen Eltern getrennt zu sein.«

Neuere Entwicklungen in der Kognitiven Verhaltenstherapie

Lange wurde in der KVT davon ausgegangen, dass der entscheidende Wirkmechanismus der Exposition die Habituation ist. Habituation bedeutet, dass sich ein Gefühl wie Angst abschwächt, wenn man sich lange genug mit dem angstausslösenden Stimulus konfrontiert. Demnach wäre es ein Kunstfehler, die Exposition vor Erreichen einer ausreichenden Habituation zu beenden. Neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie, insbesondere die Studien von Craske und Mitarbeitern (2008, 2014, 2015), verweisen aber darauf, dass nicht Habituation (also Angstreduktion), sondern Angsthemmung, Angsttoleranz und Erwartungsverletzung (d. h. das erwartete und befürchtete Ereignis tritt nicht ein oder ist weniger schlimm als gedacht) für den Therapieerfolg entscheidend sind. Craske und Kollegen konnten dies zunächst für erwachsene Angstpatienten nachweisen, mittlerweile gibt es entsprechende Daten auch für zwangsgestörte Erwachsene und Kinder und Jugendliche (Arch & Abramowitz, 2015; Kircanski & Peris, 2015). Demnach ist es nicht erforderlich, dass Patienten habituieren. Stattdessen sollen sie lernen, die Angst zu ertragen, und die Erfahrung machen, dass die befürchtete Katastrophe ausbleibt. Beispielsweise glaubt ein trennungsängstliches Kind, dass es ohne die Eltern durchdreht und den Eltern in der Zwischenzeit etwas Schlimmes passieren könnte. In der Exposition, d. h. während der Trennung von den Eltern, lernt es, seine Erwartung zu überprüfen, und macht die Erfahrung, dass es zwar Angst hat, aber nicht durchdreht und den Eltern auch nichts passiert. Die Dauer der Exposition bemisst sich an dem Grad der Erwartungsverletzung. Um die Diskrepanz zwischen Erwartung und tatsächlichem Verlauf zu maximieren, raten Craske et al. (2014) von vorherigen diskrepanzreduzierenden kognitiven Interventionen, insbesondere Gegengedanken (z. B. »Vielleicht wird es ja gar nicht so schlimm«) entschieden ab. Darüber hinaus liegen Arbeiten aus der Arbeitsgruppe um Craske vor, die belegen, dass die Benennung des unangenehmen Gefühls (»affect labeling«) dieses besser abschwächt als eine kognitive Umstrukturierung. So überprüften Kircansky und Kollegen (2012) bei Spinnenphobikern vier unterschiedliche Möglichkeiten der Exposition: Exposition mit Affect Labeling (»Diese hässliche

Spinne macht mich ganz nervös«), Exposition mit kognitiver Umstrukturierung («Diese kleine Spinne ist ungefährlich«), Exposition mit Ablenkung («Oh, da liegt ja noch ein Buch«) und Exposition pur. Nur bei Exposition mit **Affect Labeling** reduzierte sich der Hautleitwiderstand als physiologisches Maß für Angst. Für die Behandlung des trennungängstlichen Kindes würden sich daher weniger kognitive Umdeutungen (z. B. »Mir wird schon nichts passieren«) empfehlen, sondern die Benennung der Gefühle: »Ohne meine Eltern habe ich Angst.« Lieberman et al. (2007) zeigten, wie Affect Labeling die Intensität unangenehmer Gefühle abschwächt. In einer fMRT-Studie zeigten sie, dass diese Strategie die Aktivität in der Amygdala und anderen limbischen Regionen reduzierte und im medialen präfrontalen Cortex (MPFC) erhöhte.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, Wiederholungen in möglichst vielen Kontexten durchzuführen, auch sollten die Übungen einen gewissen Überraschungseffekt haben, also nicht einfach nur gestuft sein. Zu Beginn sollten die Übungen hochfrequent, im weiteren Verlauf aber in größeren Abständen erfolgen. Zudem reduziert eine positive Stimmungsinduktion vor der Übung die Rückfallgefahr (Zbozinek et al., 2015). Beispielsweise kann man die Patienten vor der Expositionsübung den (angestrebten) Triumph über die Ängste imaginieren lassen («Stell dir vor, wie du deinen Eltern erzählst, wie du diese Angst überwunden hast«).

1.2 Metakognitive Therapie

Während die Kognitive Therapie die Exploration und Modifikation von Gedankeninhalten und Überzeugungen als den wesentlichen Wirkmechanismus postuliert, sind diese aus Sicht der Metakognitiven Therapie relativ unbedeutend und vorübergehend. Nach Wells (2012) entwickelt sich eine psychische Störung erst, wenn sich feste Denkmuster (wie z. B. Grübeln oder exzessives Sich-Sorgenmachen) entwickeln und repetitiv bzw. persistierend werden. Für die Entwicklung psychischer Störungen ist die Kontrolle bzw. Steuerung und Überwachung von perseverierendem negativem Denken verantwortlich. Die Kontrolle von Kognition und Verhalten ist nicht identisch mit dem Inhalt alltäglicher Gedanken und Überzeugungen. Entscheidend für diese Denkprozesse sind vielmehr Metakognitionen, d. h. Kognitionen über Kognitionen. Metakognitionen steuern, kontrollieren und bewerten Kognitionen und kognitive Prozesse (Wells & Matthews, 1994). Metakognitionen initiieren kognitive Prozesse (z. B. »Ich muss nachdenken«) und regulieren diese (z. B. »Ich sollte weniger nachdenken«). Folglich fokussiert die Metakognitive Therapie auf diese Denkprozesse und die darauf bezogenen Metakognitionen.

Definition

Kognitive versus Metakognitive Therapie

Die Metakognitive Therapie steht in der Tradition der Kognitiven Therapie. Beide gehen davon aus, dass das Denken wesentlich für Verhalten und Erleben sind. Aber es gibt wesentliche Unterschiede. Die **Kognitive Therapie** postuliert, dass negative Gedanken und Überzeugungen zu negativen Gefühlen und problematischen Verhaltensweisen führen. Die **Metakognitive Therapie** interessiert sich stattdessen dafür, warum dies bei manchen Menschen tatsächlich so ist, bei anderen nicht. Aus Sicht der Metakognitiven Therapie sind nicht die negativen Gedanken und Überzeugungen entscheidend, sondern die Art und Weise, wie sich Menschen zu diesen Gedanken und Überzeugungen in Beziehung setzen. Eine psychische Störung entsteht, wenn diese Gedanken und Überzeugungen (metakognitiv) als wichtig erachtet werden und mit perseverierenden Denkprozessen beantwortet werden.

Metakognitionen vermitteln also den Zusammenhang von Auslösern und daraus resultierenden Gefühlen und Verhaltensweisen. Dabei werden Kognitionen entsprechend aufrechterhalten. Das ABC-Modell der Kognitiven Therapie wird ergänzt durch Metakognitionen (M):

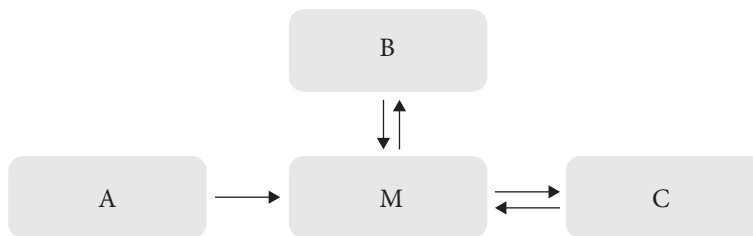


Abbildung 1.3 Das ABCM-Modell der Metakognitiven Therapie (nach Wells, 2011b)

Abb. 1.4 zeigt, wie das Modell auf das in Abschnitt 1.1 angeführte Beispiel von Erik aussieht.

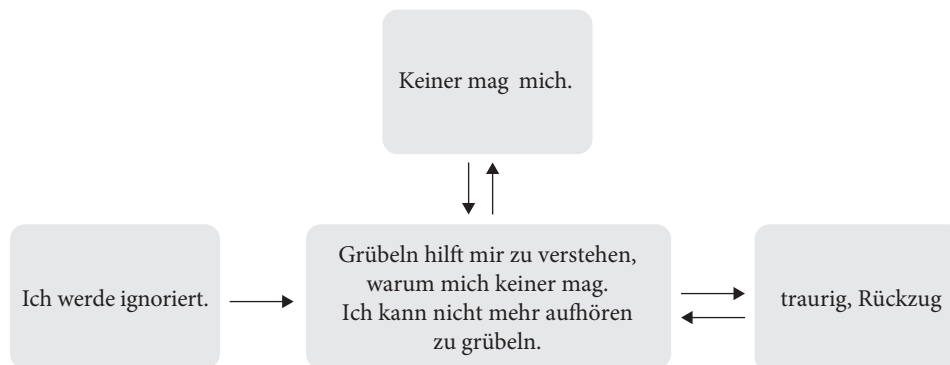


Abbildung 1.4 ABMC-Modell der Metakognitiven Therapie am Beispiel von Erik