

PETER FISHER & ADRIAN WELLS

Metakognitive Therapie



Peter Fisher und Adrian Wells
Metakognitive Therapie

Reihe
Therapeutische Skills kompakt
Band 8

Über dieses Buch

Dieses Buch beschreibt die zentralen distinktiven theoretischen und praktischen Merkmale der Metakognitiven Therapie (MKT). Dieser Therapieansatz basiert auf dem Prinzip, dass Sich-Sorgen und Grübeln universelle Prozesse sind, die zu emotionalen Störungen führen. Dabei ist es aber nicht der Gedanke an sich, sondern die Reaktion des Individuums auf den Gedanken, die über die emotionalen und langfristigen Konsequenzen für das Wohlbefinden entscheidet.

Die Autoren erläutern anschaulich, wie die MKT es Menschen ermöglicht, aus sich wiederholenden Denkmustern auszubrechen und langandauerndes psychisches Leid zu beenden. Als wertvolle Ressource eignet sich das Buch sowohl für Studenten als auch für Praktiker, die ein grundlegendes Verständnis der Metakognitiven Therapie und ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vergleich zu traditionellen Formen der kognitiven Verhaltenstherapie entwickeln möchten.

Peter Fisher ist Dozent in klinischer Psychologie an der University of Liverpool und klinischer Psychologe für den Manchester Mental Health Social Care Trust.

Adrian Wells ist Professor für klinische und experimentelle Psychopathologie an der University of Manchester und Professor in klinischer Psychologie an der

*Technisch-Naturwissenschaftlichen
Universität Norwegens in Trondheim.*

PETER FISHER UND ADRIAN WELLS

METAKOGNITIVE THERAPIE

Aus dem Englischen
von Guido Plata

Junfermann Verlag
Paderborn
2015



Copyright: © der deutschen Ausgabe: Junfermann Verlag, Paderborn 2015

Copyright: © der Originalausgabe: Peter Fisher & Adrian Wells, 2009

Die Originalausgabe ist 2009 unter dem Titel *Metacognitive Therapy: Distinctive Features* bei Routledge erschienen.

Übersetzung: Guido Plata

Coverfoto: © table – photocase.com

Coverentwurf / Reihengestaltung: Christian Tschepp

Alle Rechte vorbehalten.

Erscheinungsdatum dieser eBook-Ausgabe: 2015

Satz & Digitalisierung: JUNFERMANN Druck & Service, Paderborn

ISBN der Printausgabe: ISBN 978-3-95571-002-6

*ISBN dieses E-Books: 978-3-95571-030-9 (EPUB), 978-3-95571-347-8 (PDF),
978-3-95571-346-1 (MOBI).*

Einführung

Die Metakognitive Therapie (MKT) wurde von Adrian Wells entwickelt, nachdem er bei Patienten mit psychischen Störungen eine gemeinsame Gruppe von Prozessen identifiziert hatte. Der Ansatz wurzelte in Versuchen, Erklärungen für Laborbefunde zu Verzerrungen in der Aufmerksamkeit zu finden und diese mit klinischen Beobachtungen an Patienten, die bestimmte Verarbeitungsstile als Bewältigungsmechanismen beschrieben, zusammenzuführen. Bei den betreffenden Verarbeitungsprozessen handelte es sich um übermäßig selbstfokussierte Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeitsverzerrungen, Sich-Sorgen und Grübeln.

In den späten 1980er und frühen 1990er Jahren lautete die vorherrschende Sichtweise, dass es sich bei → [Aufmerksamkeitsverzerrungen](#) und Sich-Sorgen um automatische Prozesse handele. Zudem verband man affektive Störungen (→ [Störung](#), affektive; → [Affekt](#)) und Angststörungen eher mit dem Inhalt von negativen Gedanken als mit bestimmten Denkstilen. Im Gegensatz zu dieser Erklärungsweise gingen Wells und seine Kollegen (siehe beispielsweise Wells & Matthews, 1994) davon aus, dass Aufmerksamkeitsverzerrungen und Sich-Sorgen primär mit den bewussten Strategien der Person für die Einschätzung von Bedrohungen und den Umgang mit selbigen in Beziehung stünden. Weiterhin erachteten sie den Inhalt der Gedanken im Hinblick auf die Verursachung psychischer Störungen als weniger bedeutsam als den Stil des Denkens und die Kontrolle darüber. Zwar ist der Inhalt des Denkens auch in der MKT von Belang, jedoch handelt

es sich hier um den Inhalt von → [Metakognitionen](#) anstatt den Inhalt alltäglicher → [Kognitionen](#).

Die Integration von Laborbefunden mit klinischen Beobachtungen gipfelte in einem informationsverarbeitenden Modell psychischer Störungen, dem → „[Self-Regulatory Executive Function Model](#)“ (S-REF; Wells & Matthews, 1994). Das S-REF ist die generische Basis von störungsspezifischen metakognitiven Modellen und bildet die Grundlage der MKT.

Dieses Buch beschreibt die zentralen distinktiven theoretischen und praktischen Merkmale der MKT und kontrastiert diesen Ansatz mit der → [Kognitiven Verhaltenstherapie](#). Obgleich sich beide Ansätze um Kognitionen drehen, liefern sie dennoch unterschiedliche Erklärungen dafür, wie Kognitionen Störungen aufrechterhalten, und konzentrieren sich auch auf unterschiedliche Aspekte des Denkens. Somit kann man sagen, dass laut der MKT nicht zählt, was Menschen denken, sondern wie.

TEIL I: DIE THEORETISCHEN GRUNDLAGEN DER MKT

1. Ein Fokus auf Metakognition

Der Begriff Metakognition wird verwendet, um eine bestimmte Kategorie von Denken und Kognition zu beschreiben. Im Grunde ist es Kognition, die auf Kognition angewendet wird. Denken erfordert metakognitive Faktoren, die es überwachen und kontrollieren. So hängt beispielsweise der Prozess, sich eine neue Telefonnummer zu merken, von der Kenntnis von Strategien ab, mittels derer man den Inhalt des eigenen Gedächtnisses modifizieren kann (etwa Auswendiglernen durch das häufige Wiederholen der Nummer im Geiste). Dabei sind zunächst die Initiierung und Regulierung der Merkstrategie erforderlich, und später muss durch Überwachung des Merkprozesses festgestellt werden, wann das Wiederholen beendet werden kann. Hierzu muss auf die abgespeicherte Information zugegriffen werden, was auch dann erfolgt, wenn die Nummer bei Bedarf abgerufen wird. In diesem kleinen Beispiel sind zahlreiche Aspekte von Metakognition vonnöten, damit der Akt des Merkens stattfinden kann. Darüber hinaus ist Metakognition an der Beendigung, der Fortführung und der Modifikation von Denkvorgängen beteiligt, einschließlich des dysfunktionalen Denkens, welches psychische Störungen aufrechterhält.

Traditionelle kognitiv fokussierte Behandlungen wie die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; Beck, 1976) und die → [Rational-Emotive Verhaltenstherapie](#) (REVT; Ellis, 1962) betonen die Rolle von → [kognitiven Verzerrungen](#) sowie verzerrten oder → [irrationalen Überzeugungen](#) anstelle der Kontrolle des Denkens. Dabei liegen die betreffenden Überzeugungen außerhalb der metakognitiven → [Domäne](#)

und beziehen sich etwa auf die Welt und das soziale oder physische Selbst. So beschreibt beispielsweise Beck (1976) kognitive Verzerrungen wie willkürliches Schlussfolgern (voreilige Schlüsse ziehen), Katastrophisieren und Personalisierung als kognitive Verzerrungen, die in negativen automatischen Gedanken evident sind. Diese unterscheiden sich von den Denkstilen, denen in der Metakognitiven Therapie eine zentrale Rolle zukommt (MKT; Wells, 2000). In der MKT bezieht sich das Konzept maladaptiver Denkstile auf ein Vorherrschen verbaler konzeptueller Aktivität, die schwer zu kontrollieren ist und sich in Form von Sorgen und Grübeleien manifestiert. Diese Stile lassen sich unabhängig von ihrem Inhalt identifizieren, als erweiterte Formen des Nachdenkens, Sinnierens und des Analysierens von Informationen.

Im Gegensatz zur Standard-KVT, deren Fokus sich auf ein breites Spektrum an Überzeugungen in Bezug auf das Selbst und die Welt richtet und die sich nur wenig mit Metakognitionen befasst, räumt die Metakognitive Therapie Metakognitionen und metakognitiven Überzeugungen eine zentrale Rolle bei psychischen Störungen ein. Im Gegensatz zu den Spielarten der KVT geht die MKT nicht davon aus, dass verzerrte Kognitionen (Gedanken etc.) und Arten des Bewältigungsverhaltens aus gewöhnlichen Überzeugungen entspringen, sondern legt explizit zugrunde, dass diese die Folge der Auswirkungen von Metakognition auf Denkprozesse sind.

Bis zum Aufkommen der Metakognitiven Therapie war die Forschung zur Metakognition größtenteils auf die Gebiete der Entwicklungspsychologie und der Gedächtnisforschung beschränkt. Allerdings entwickelten Wells und Matthews

(1994, 1996) sowie Wells (2000) eine allgemeine Theorie der Psychopathologie, die Metakognition ausdrücklich in den Mittelpunkt stellte. Dieser Ansatz führte zur Entwicklung der MKT, die darauf abzielt, die Art, wie Menschen ihr Denken erleben und kontrollieren, ebenso zu verändern wie die Überzeugungen, die sie in Bezug auf Kognitionen hegen. Die MKT unterscheidet sich von früheren Formen der KVT dahingehend, dass sie sich nicht auf psychopathogene Überzeugungen und Gedanken hinsichtlich des sozialen und physischen Selbst, anderer Personen und der Umwelt konzentriert. Stattdessen dreht sie sich um die Art, wie Menschen auf diese Kognitionen und mentalen Prozesse reagieren, die immer wieder fehlerhafte und nicht hilfreiche Betrachtungsweisen der Realität hervorbringen. Beispielsweise würde der Therapeut in einer Kognitiven Therapie die auf Versagen bezogenen Kognitionen seines Patienten angehen, indem er die Frage „Welche Belege gibt es dafür, dass Sie versagen werden?“ stellt. Der metakognitive Therapeut hingegen fragt: „Welchen Sinn macht es, sich über mögliches Versagen zu sorgen?“ Das Ziel der MKT besteht in diesem Beispiel darin, die Denkprozesse, welche die verzerrte und versagensorientierte Verarbeitung stützen, sowie die Natur der nicht hilfreichen Reaktionen auf derartige Kognitionen zu modifizieren.

Wenn wir annehmen, dass die Kognition bei psychischen Störungen verzerrt ist (und diese Annahme ist Bestandteil aller kognitiven und MKT-bezogenen Theorien), dann ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Quelle der Verzerrung zu identifizieren, damit diese behandelt werden kann. KVT, REVT und MKT betonen jeweils andere Arten von Verzerrungen, die sich in den ersten beiden dieser Ansätze

auf → [Schemas](#) oder → [irrationale Überzeugungen](#) respektive den Inhalt der negativen automatischen Gedanken beziehen. In der MKT hingegen wird die Verzerrung im Stil verortet, der dem Denken zu eigen ist, und dieser Vorgang ist die Folge von als Informationsbibliothek abgespeichertem metakognitivem Wissen und Plänen oder Programmen, die die Verarbeitung steuern.

Der MKT-Ansatz postuliert, dass psychische Störungen mit einem bestimmten Denkstil verbunden sind, der wiederkehrende und kreisende Gedanken in Form von Sorgen und Grübeleien sowie die Fixierung von Aufmerksamkeit auf Bedrohungen umfasst. Somit liegt die Verzerrung in der Verarbeitung darin, *wie* die Person denkt, und nicht darin, *was* sie denkt. Während der Inhalt von Sorgen und Grübeleien erhebliche intraindividuelle Variation aufweisen kann, bleibt der Prozess selbst jedoch eine konstante Variable. Er ist die Folge der Metakognition der Person und wird durch diese Metakognition kontrolliert.

Im Gegensatz zu diesem Postulat wird die Kontrolle der Kognition in der → [Schematheorie](#) nach Beck (siehe beispielsweise Beck, 1976) eher allgemeinen Überzeugungen zugeschrieben, die dort zwar ebenfalls zu Verzerrungen führen, sich jedoch auf den Inhalt anstatt auf den Stil des Denkens beziehen. Frühere Ansätze haben der Metakognition keine relevante Rolle zugeschrieben und auch nicht zwischen verschiedenen Denkstilen differenziert, weshalb diese wichtigen Aspekte ein Alleinstellungsmerkmal der MKT sind.

2. Ein informationsverarbeitendes Modell psychischer Störungen

Die Metakognitive Therapie basiert auf einem informationsverarbeitenden Modell der Faktoren, die an der Ätiologie und der Aufrechterhaltung psychischer Störungen beteiligt sind. Dieses Modell, das „Self-Regulatory Executive Function Model“ (S-REF), wurde ursprünglich von Wells und Matthews (1994) entwickelt und seither mehrmals weiterentwickelt (Wells, 2000, 2009). Wie der Name des Modells impliziert, werden psychische Störungen darin vorwiegend im Rahmen von → [Top-down-Prozessen](#) oder bewussten Prozessen und selbstregulatorischen Strategien erklärt. Dem Modell zufolge gehen der Denkstil oder die auf Gedanken, Emotionen und Stress bezogenen Bewältigungsstile einer Person gewissermaßen nach hinten los und führen zu einer Intensivierung und Aufrechterhaltung von emotionalem Leid. Dabei greift das Modell die in der Kognitionspsychologie getroffene Differenzierung zwischen unterschiedlichen Niveaus der Aufmerksamkeitskontrolle auf. Es postuliert, dass psychische Schwierigkeiten prinzipiell mit Verzerrungen in der Selektion und Ausführung kontrollierter Prozesse für die Einschätzung und Bewältigung von Gedanken, Bedrohungen und Emotionen in Beziehung stehen. Die Strategie eines Individuums für Denken und Selbstregulation angesichts von Bedrohungen und Herausforderungen kann emotionales Leid verlängern oder kurzzeitige emotionale Reaktionen hervorrufen. Psychische Störungen entwickeln

sich dann, wenn der Denk- und Bewältigungsstil der Person unbeabsichtigterweise zu einem Fortdauern und einer Intensivierung der emotionalen Reaktionen führt. Dies ist prinzipiell die Folge von → [erweitertem Denken](#), das Emotionen zeitlich ausdehnt. Ein bestimmtes Denkmuster, das man als → „[Cognitive Attentional Syndrome](#)“ (CAS; in der deutschsprachigen Literatur gelegentlich auch als „kognitives Aufmerksamkeitssyndrom“ übersetzt) bezeichnet, stellt einen kausalen Faktor hinter erweitertem negativem Denken bei psychischen Störungen dar.

Anders als die Kognitive Verhaltenstherapie setzt die MKT psychische Probleme nicht mit Verzerrungen in der → [automatischen Verarbeitung](#) und dem Inhalt von Schemas in Beziehung, sondern attribuiert sie an die bewussten Strategien des Individuums. So wird beispielsweise eine Aufmerksamkeitsverzerrung, wie sie beim → [Emotions-Stroop-Test](#) zu beobachten ist, nicht der Aktivierung von Schemas oder automatischer Verarbeitung zugeschrieben, sondern der gewählten Strategie der Person. Bei psychischen Störungen haben die Patienten eine Strategie, Aufmerksamkeit auf Quellen von Bedrohung gerichtet zu halten und sorgenbasierte Verarbeitung als Bewältigungsmechanismus anzuwenden. Man geht davon aus, dass die Leistung in Filteraufgaben wie dem → [Stroop-Test](#) durch diese Aspekte der Verarbeitungsstrategie beeinflusst wird (Wells & Matthews, 1994).

Das S-REF-Modell basiert auf drei grundlegenden Ebenen der Kognition: Einer unteren Ebene von reflexhaften und automatischen Prozessen, die größtenteils oder vollkommen ohne bewusste Beteiligung ablaufen. Diese Prozesse können → [Intrusionen](#) (nicht willkürlich

kontrollierbare, unerwünschte und unangenehme Gedanken, Vorstellungsbilder oder Ideen) im Bewusstsein hervorrufen, die dann Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Die nächste Ebene ist eine in Echtzeit ablaufende Art der Verarbeitung, die bewusst erfolgt, in ihrer Kapazität begrenzt ist und für die Regulation und Implementierung von Einschätzung und Handlung verantwortlich ist. Die letzte Ebene ist das im Langzeitgedächtnis abgespeicherte Wissen. Alle unmittelbaren Aktivitäten der Echtzeitverarbeitung setzen Zugriff auf abgespeichertes Wissen voraus. Echtzeitverarbeitung wird durch Wissen oder Überzeugungen von metakognitiver Natur geleitet. Über alle Ebenen hinweg sind zwei Domänen der Kognition von Bedeutung: die metakognitive und die kognitive Domäne. Diese übergeordnete Struktur oder „Architektur“ der Kognition unterscheidet sich von derjenigen in der traditionellen KVT dahingehend, dass sie sich auf das Niveau der Kontrolle über die Kognition bezieht und zwischen dem Inhalt der Gedanken und der Regulation des Denkens differenziert, was in eher klassischen Ansätzen nicht erfolgt.

In der KVT wird nicht von unterschiedlichen Niveaus der Aufmerksamkeit und einer dynamischen Interaktion zwischen selbigen ausgegangen; vielmehr werden Komponenten der Kognition postuliert, indem man etwa zwischen negativen automatischen Gedanken und Überzeugungen oder Schemas unterscheidet. Laut der KVT ist ein Schema eine Gedächtnisstruktur, die mit Ideen wie „Ich bin wertlos“ oder „Ich verliere den Verstand“ gleichgesetzt werden kann; also Überzeugungen, die nach heutiger Sichtweise psychischen Störungen zugrunde liegen. In der MKT hingegen werden derartige

Überzeugungen als Endprodukt von
Verarbeitungsprozessen angesehen, und der Stil von
Denken und Metakognition ist entscheidend dafür, dass
diese Überzeugungen erweitert und immer wieder von
Neuem generiert werden.

Die traditionelle KVT unterscheidet nicht zwischen
automatischer und kontrollierter Verarbeitung. Ebenso
wenig berücksichtigt sie, welche Faktoren zu jenen
Einschätzungen oder selbstregulatorischen Reaktionen, die
bei psychischen Störungen zu beobachten sind, führen
können. So geht sie beispielsweise davon aus, dass eine
Störung mit negativen automatischen Gedanken assoziiert
ist, also raschen und kurz gefassten negativen
Einschätzungen wie „Ich sterbe“ oder „Ich bin ein
Versager“. Demgegenüber betrachtet die Metakognitive
Therapie Einschätzungen von dieser Art als relativ normale
und vorübergehende Ereignisse, die nicht die Quelle der
Störung sind. Stattdessen geht die S-REF-Theorie davon
aus, dass die Art, auf die ein Individuum auf solche
Gedanken reagiert, dafür entscheidend ist, ob sich eine
psychische Störung entwickelt oder nicht. Auch nimmt die
S-REF-Theorie an, dass eine Überzeugung oder ein Schema
nicht im Langzeitgedächtnis abgespeichert ist, sondern
lediglich eines von vielen Beispielen für einen Gedanken
darstellt, der sich zuverlässig auslösen lässt und den die
Person in der Folge oft als valide ansieht. Somit sind
Überzeugungen in der metakognitiven Theorie Instanzen
von gegenwärtig aktivierten Gedanken und Einschätzungen
ihrer Validität. Sie sind ein Produkt der
Echtzeitverarbeitung. Der Inhalt der Gedanken kann
fehlerbehaftet sein, aber aufgrund des
Verarbeitungsmodus, in dem ein Gedanke auftritt, handelt

eine Person so, als ob der Gedanke ein direktes Abbild der Realität wäre. Somit ist in der MKT nicht der bloße Inhalt von Überzeugungen oder Gedanken bedeutsam, sondern die Art, wie ein Individuum auf den betreffenden Gedanken reagiert, und welchen Verarbeitungsmodus es dabei zur Anwendung bringt. Auf das Konzept der Modi werden wir später noch zurückkommen ([Kapitel 5](#)).

Um die Idee, dass der Inhalt von Gedanken oder Überzeugungen bei Störungen nicht sonderlich bedeutsam ist, zu veranschaulichen, betrachten wir einmal zwei Individuen, die dieselbe Erfahrung machen und dabei denselben negativen automatischen Gedanken oder dieselbe Überzeugung haben. Nehmen wir an, es handelt sich um Studenten, die bei einer Prüfung durchfallen, was bei ihnen den Gedanken oder die Überzeugung „Ich bin ein Versager“ aktiviert. Ein Student wird depressiv, der andere ist nur kurzzeitig enttäuscht. Wie kann dies angehen, wenn beide dieselbe Erfahrung machen und dieselben automatischen Gedanken haben? Die traditionelle KVT kann diese Frage nicht beantworten, da sie ihren Schwerpunkt ausschließlich auf den Inhalt von negativen automatischen Gedanken und Überzeugungen legt.

Die MKT bietet eine Lösung für dieses Rätsel. Ihr zufolge ist es nicht der Gedanke an sich, sondern die Reaktion des Individuums auf den Gedanken (oder die Reaktion auf eine Überzeugung), die über die emotionalen und langfristigeren Konsequenzen für das Wohlbefinden entscheidet. Manche Individuen sind resilienter als andere, was wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass diese Individuen in ihren Reaktionen auf negative Gedanken und Emotionen flexibler sind. Sie bewahren sich eine flexible

Kontrolle über ihre Reaktionen und verfangen sich nicht in einem Muster von fortdauernder Verarbeitung negativer Informationen, das emotionales Leid hervorruft. Derartige Flexibilität beinhaltet die Fähigkeit, die Aktivität in für die Verarbeitung auf niedriger Ebene zuständigen Strukturen wie der Amygdala zu modulieren, und ebenso das Vermögen, fortdauernde oder erweiterte → [konzeptuelle Verarbeitung](#) zu unterbrechen und die Aufmerksamkeit von diesen weg zu verlagern.

Im S-REF-Modell ist ein bestimmter Stil des fortwährenden unflexiblen Reagierens auf Gedanken, Emotionen und Bedrohungen für die Verlängerung und Intensivierung von Leid verantwortlich; diesen Stil bezeichnet man als Cognitive Attentional Syndrome (CAS).

3. Das Cognitive Attentional Syndrome

Laut der S-REF-Theorie und der MKT ist ein bestimmter Stil im Denken sowie in der Bewältigung negativer Gedanken und Bedrohungen ein grundlegendes Merkmal aller psychischen Störungen. Dieser Stil mit der Bezeichnung Cognitive Attentional Syndrome (CAS) besteht in persistierendem Denken (→ [Persistenz](#)), in Form von Sich-Sorgen und Grübeln, der Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Quellen von Bedrohung sowie Bewältigungsmechanismen, die gewissermaßen nach hinten losgehen, da sie die effektive Selbstregulation von Gedanken und Emotionen ebenso wie das Lernen korrektiver Informationen beeinträchtigen. Im in [Kapitel 2](#) angeführten Beispiel der beiden Studenten, die bei einer Prüfung durchgefallen sind, beginnt der eine über die Gründe dafür, warum er ein Versager ist, warum er bei dieser Gelegenheit und in der Vergangenheit versagt hat und was dies über sein Können aussagt, nachzudenken. Diese Art von konzeptueller Analyse ist Grübeleien, und sie verlängert und intensiviert negative Ideen und Emotionen. Sie fokussiert auf die Suche nach Gründen, warum etwas geschehen ist und was dies bedeutet; allerdings produziert sie in ihrem fehlgeleiteten Streben nach Verständnis nur selten hilfreiche Lösungen oder übt adaptivere Kontrolle über die emotionale Verarbeitung aus. Die adaptivere Lösung zeigt sich in der Reaktion des Studenten, der nicht depressiv wurde. Er grübelte zwar auch eine kurze Zeit, entschied dann jedoch, dass das beste weitere Vorgehen die Konzentration auf Möglichkeiten ist, mit denen er seine