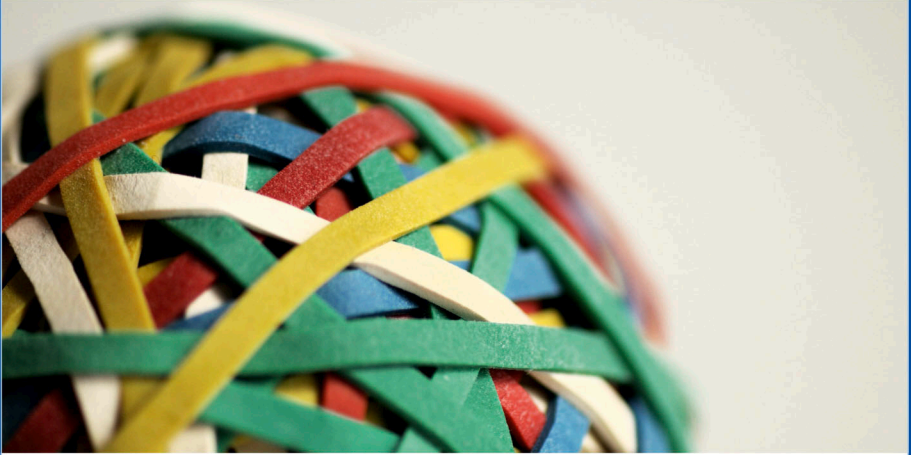


PETER FISHER & ADRIAN WELLS

Metakognitive Therapie



»Therapeutische Skills kompakt«

Verlag

Junfermann

Peter Fisher und Adrian Wells
Metakognitive Therapie

Reihe
Therapeutische Skills kompakt
Band 8

Ausführliche Informationen zu jedem unserer lieferbaren und geplanten Bücher finden Sie im Internet unter ↗ <http://www.junfermann.de>. Dort können Sie unseren Newsletter abonnieren und sicherstellen, dass Sie alles Wissenswerte über das Junfermann-Programm regelmäßig und aktuell erfahren. – Und wenn Sie an Geschichten aus dem Verlagsalltag und rund um unser Buch-Programm interessiert sind, besuchen Sie auch unseren Blog: ↗ <http://blogweise.junfermann.de>.

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
© 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 Tschopp

Satz JUNFERMANN Druck & Service, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist
urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen
des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung
des Verlages unzulässig und strafbar.

Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-95571-347-8

Dieses Buch erscheint parallel in folgenden Formaten
ISBN: 978-3-95571-030-9 (EPUB), 978-3-95571-002-6 (Print),
978-3-95571-346-1 (MOBI).

Inhalt

Einführung	7
Teil I: Die theoretischen Grundlagen der MKT	9
1. Ein Fokus auf Metakognition	10
2. Ein informationsverarbeitendes Modell psychischer Störungen	13
3. Das Cognitive Attentional Syndrome	17
4. Metakognitive Überzeugungen.....	20
5. Objektmodus und metakognitiver Modus	26
6. Eine neue Art der ABC-Analyse	28
7. Detached Mindfulness.....	31
8. Exekutive Kontrolle und Flexibilität in der Aufmerksamkeit.	34
9. Kontrolle auf unterschiedlichen Ebenen der Verarbeitung ...	36
10. Arten von Wissen	39
11. Prozesse und Strategien jenseits kognitiver Inhalte.....	41
12. Die Rolle der Selbstbewusstheit.....	43
13. Varianten der Veränderung	45
14. Störungsspezifische Modelle.....	47
15. Eine universelle Behandlung?.....	56
Teil II: Die praktischen Grundlagen der MKT	57
16. Die Durchführung der Therapie auf metakognitiver Ebene...	58
17. Die klinische Beurteilung der Metakognition	65
18. Fallkonzepterstellung in der MKT	71
19. Verfahren zur Einführung des Patienten in das metakognitive Modell.....	76
20. Wechsel in einen metakognitiven Verarbeitungsmodus.....	80
21. Modifikation negativer metakognitiver Überzeugungen	81
22. Modifikation positiver metakognitiver Überzeugungen	85
23. Aufschieben von Sich-Sorgen/Grübeln.....	88
24. Attention Training Technique.....	91
25. Implementierung von Detached Mindfulness.....	95

26.	Situational Attentional Refocusing.....	101
27.	Metaemotionen	103
28.	Die Durchführung metakognitiv fokussierter Exposition	105
29.	Die Entwicklung neuer Verarbeitungspläne	108
30.	Die Integration der MKT-Techniken: Eine Fallstudie	111
Schlusswort.....		119
Literatur.....		121
Glossar		125
Index		139

Begriffe mit diesem Zeichen (➡) sind im Glossar am Ende des Buches erläutert (s. S. 125).

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 (vorilige 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 Grübelei 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 auto-

matischen 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 Aufmerksamkeitsyndrom“ 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