

PSYCHOTHERAPIE Menschen mit schweren Ängsten und Depressionen fühlen sich oft wie festgefahren. Die »metakognitive Therapie« hilft ihnen, das Geschehen im Kopf wieder flexibel zu steuern.

Im Labyrinth der Gedanken

VON CHRISTIANE GELITZ



Es handelt sich um ein abstraktes Unterfangen: darüber nachzudenken, wie wir über die eigenen Gedanken nachdenken. Der schwer greifbare Forschungsgegenstand heißt in der Fachsprache »Metakognition« und ist das Steckenpferd von Adrian Wells, Professor für Psychopathologie an der University of Manchester.

Dabei würde man den blassen Briten mit der randlosen Brille eher für einen bodenständigen Bürokraten halten – und nicht für jemanden, der abstrakten Gedanken nachjagt. Wie er dazu kam, erzählte der Psychologe im Mai 2015 auf dem Weltkongress der kognitiven Therapie in Boston. »In den 1980er Jahren hatte ich das Glück, mit Aaron T. Beck, dem Begründer der kognitiven Therapie, zu arbeiten.« Schon damals sei ihm »die fehlende Verbindung zwischen der kognitiven Psychologie und der Praxis der kognitiven Therapie« aufgefallen. Das Behandlungskonzept gründe nicht auf einem tieferen Verständnis für kognitive Prozesse.

Mit seinem »metakognitiven Störungsmodell« wollte der Psychologe hier eine Brücke schlagen. Metakognitionen, so die gängige Definition, umfassen zum einen Überzeugungen über unser Denken, zum anderen Strategien, mit denen wir es steuern. Sind diese verzerrt und unflexibel, so Wells' Grundannahme, dann entstehen psychische Störungen. Anders gesagt: Der geistige Steuerknüppel verklemmt sich in einer Schiefelage.

Aus dieser Idee entwickelte der Psychologe Mitte der 1990er Jahre die metakognitive Therapie (MKT), zunächst für Depressionen und Angststörungen. Deren gemeinsamen Kern bildet demnach das »cognitive attentional syndrome«, sinngemäß eine Fehlsteuerung der Aufmerksamkeit. Die Betroffenen beschäftigen sich immer wieder mit vergangenen oder bevorstehenden Problemen: Sie grübeln, sorgen sich unablässig oder versuchen vergeblich, die Gedanken an drohendes Unheil oder erlittene Niederlagen zu unterdrücken. Grund dafür sind laut Wells Metakognitionen wie »wenn ich weiter darüber nachdenke, kann ich das Problem vielleicht lösen«.

Der Unterschied zum Modell der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie: Nicht unsere konkreten Sorgen und Grübeleien selbst machen uns seelisch krank, sondern wie wir mit ihnen umgehen – also die kognitiven Strategien, die aus unseren Überzeugungen erwachsen. Wells warnt sogar, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden wie das Diskutieren und Überprüfen automatischer Gedanken nicht nur wirkungslos wären; im Gegenteil könnten sie die Fehlsteuerung der Aufmerksamkeit noch verstärken. Während der kognitive Verhaltenstherapeut seinen Patienten fragt: »Wo ist der Beweis für Ihre Überzeugung, ein Versager zu sein?«, heißt es beim metakognitiven Therapeuten: »Was nützt es Ihnen, Ihre Misserfolge zu analysieren?«

Lockerungsübungen für die Psyche

Das Ziel sei es, einen Zustand »losgelöster Achtsamkeit« (»detached mindfulness«) zu erreichen. Drei Methoden sollen dabei helfen: erstens ein Aufmerksamkeitstraining, das den Fokus von den belastenden Gedanken und Gefühlen löst und eine flexible kognitive Kontrolle erlaubt. Zu diesem Zweck wird der Patient zunächst angeleitet, auf potenzielle Geräusche an einem bestimmten Ort zu achten (selektive Aufmerksamkeit), dann schnell zwischen verschiedenen Geräuschen und Orten hin- und herzuspringen (Aufmerksamkeitswechsel) und schließlich so viele Geräusche an so vielen Orten wie möglich gleichzeitig wahrzunehmen (Aufmerksamkeitsteilung). Dieses etwa zwölfminütige Training wiederholt der Patient idealerweise vier Wochen lang zweimal täglich.

Die zweite Methode ähnelt einem Achtsamkeitstraining: Der Patient soll belastende Gedanken und Gefühle nicht bewerten, sondern als bloße innere Reize



DIE AUTORIN

Christiane Gelitz ist Diplompsychologin und Redaktionsleiterin von »Gehirn & Geist«. Manchmal hätte sie gerne einen metakognitiven Schreibcoach zur Seite, um festgefahrenen Texten frische Ideen einzuhauchen.

Auf einen Blick: Therapie auf höherer Ebene

1 Die metakognitive Therapie zählt gemeinsam mit den achtsamkeitsbasierten Verfahren zur dritten Welle der Verhaltenstherapie. Der britische Psychologe Adrian Wells entwickelte sie Mitte der 1990er Jahre für Patienten mit Angststörungen und Depressionen.

2 Anhand von drei Methoden lernen die Betroffenen, ihre Aufmerksamkeit flexibler zu lenken und dem Teufelskreis ihrer Sorgen und Grübeleien zu entkommen.

3 Forscher übertragen das Therapiekonzept auf andere psychische Erkrankungen, darunter Schizophrenie und Posttraumatische Belastungsstörung. Auch bei Süchten, Schlaf- und Essstörungen treten problematische Metakognitionen auf.

betrachten und ihnen auf diese Weise ihre Macht nehmen. Die Überzeugung »ich bin ein Versager« wird so zu »ich habe den Gedanken, ein Versager zu sein«. Dazu dienen beispielsweise Übungen, bei denen sich der Patient seine Gedanken als Wolken vorstellt, die man nicht kontrollieren, aber vorüberziehen lassen kann.

Bei der dritten Methode geht es schließlich darum, problematische Metagedanken zu verändern – in der Fachsprache: »kognitiv umzustrukturieren«. Der Patient stellt seine Überzeugungen beispielsweise bei einem Verhaltensexperiment, also in einer realen Situation, auf die Probe. Oder er lernt in einem »sokratischen Dialog« mit dem Therapeuten, seine Annahmen theoretisch zu überprüfen. Einen Patienten mit generalisierter Angststörung, der sich stets auf alle Eventualitäten vorbereiten will, fragt der metakognitive Therapeut dann zum Beispiel, unter welchen Umständen er sich hundertprozentig sicher fühlen würde.

Die beiden letztgenannten Methoden gehören auch zu den Bausteinen der kognitiven Verhaltenstherapie, die viele verschiedene Interventionen einsetzt. »Sie alle prüfen, wie flexibel ein Patient seine Gedanken und sein Verhalten anpassen kann«, erklärt der Psychologe Keith Dobson von der University of Calgary in Kanada. Die kognitive Verhaltenstherapie fußt unter anderem auf der Annahme, dass bei psychischen Störungen rigide kognitive Verzerrungen auftreten und dass deren Korrektur den Patienten hilft. »In gewisser Hinsicht hatte sie also schon immer metakognitive Elemente«, erklärt Dobson. Beispielsweise führen Patienten zu Therapiebeginn häufig ein Tagebuch, um das eigene Denken, Fühlen und Tun zu beobachten – bei vielen wirkt dies bereits auf das Verhalten zurück. Im Zuge der

Wie misst man Metagedanken?

In einem Fragebogen (»Metacognitions Questionnaire, MQ-30) präsentieren Adrian Wells und Sam Cartwright-Hatton 30 problematische Metakognitionen, die man auf einer Skala von 1 (stimme nicht zu) bis 4 (stimme sehr zu) bewerten kann. Die Aussagen lassen sich fünf Kategorien zuordnen:

1. Kognitives Vertrauen

Beispiel: Ich habe kein Vertrauen in mein Gedächtnis.

2. Positive Überzeugungen

Beispiel: Mir Sorgen zu machen, hilft mir dabei, meine Gedanken zu ordnen.

3. Kognitive Selbstaufmerksamkeit

Beispiel: Ich bin mir ständig meiner Gedanken bewusst.

4. Unkontrollierbarkeit und Gefahr

Beispiel: Wenn ich einmal angefangen habe, mir Sorgen zu machen, kann ich nicht mehr damit aufhören.

5. Bedürfnis nach Gedankenkontrolle

Beispiel: Ich sollte meine Gedanken jederzeit unter Kontrolle haben

Behav. Res. Ther. 42, S. 385–396, 2004

so genannten Verhaltensanalyse identifizieren Therapeut und Patient außerdem Gedanken, die mit der Störung zusammenhängen, und im weiteren Verlauf kommen diese dann auf den Prüfstand. Sucht ein Verhaltenstherapeut dabei auch nach Metakognitionen, wird dem Patienten nicht unbedingt auffallen, dass sich dahinter ein anderes theoretisches Modell verbirgt.

Etwas grundlegend Neues hat Wells also nicht erfunden: Kognitive Therapeuten befassten sich stets mit problematischen Gedanken, und dabei machten sie nicht vor solchen Halt, die sich um die Vorgänge im Kopf drehen. Die Angst vor der Angst ist sogar Teil der diagnostischen Kriterien von Phobien, und diese »Meta-Angst« gilt Verhaltenstherapeuten seit jeher als Kern der Sache, da sie eine Konfrontation mit den Ängsten blockiert.

Entsprechend machte Wells' metakognitive Therapie keine so großen Schlagzeilen wie etwa das Achtsamkeitstraining (siehe *Gehirn&Geist* 11/2013, S. 42), das ebenfalls zur so genannten dritten Welle der verhaltenstherapeutischen Methoden zählt. Das oben beschriebene kognitive Therapiemodell kennzeichnete die zweite Welle, und lerntheoretisch begründete Methoden wie die Konfrontation mit den eigenen Ängsten bildeten die Anfänge der Verhaltenstherapie. Typisch für die dritte Welle: Die Patienten lernen, ihre metakognitiven Fertigkeiten zu entwickeln, beispielsweise ihre Aufmerksam-

keit, ihre Denkweise oder die innere Haltung zu sich selbst zu steuern.

Ob die metakognitive Therapie nun etwas wirklich Neues bietet oder nicht – entscheidend ist: Wirkt sie überhaupt? Vielleicht sogar besser als die klassische kognitive Verhaltenstherapie, wie Wells glaubt?

Klinische Psychologen von den Universitäten in Kopenhagen und Amsterdam sichteten 2014 die Ergebnisse von neun kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der MKT bei Angststörungen und Depressionen. Erwartungsgemäß minderte diese Therapiemethode ungünstige Metagedanken deutlich. Die Effektstärke, ein Maß für die Wirksamkeit einer Maßnahme, lag im Vergleich zur Standardform der kognitiven Verhaltenstherapie bei knapp 1 und im Vergleich zur Wartekontrollgruppe sogar bei 1,8 – als hoch gilt schon ein Wert ab 0,8. Die Autoren räumen allerdings ein, dass die Zahl von rund 400 Teilnehmern zu gering ist, um sichere Rückschlüsse ziehen zu können. Bei weiteren Therapiestudien fehlte eine Kontrollgruppe, oder die Stichproben fielen noch wesentlich kleiner aus.

Wells und Kollegen wollen das Behandlungskonzept nun auf andere Krankheitsbilder übertragen. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung weicht das Vorgehen am offensichtlichsten vom therapeutischen State of the Art ab, der Exposition. Während Letztere eine Konfrontation mit dem Trauma erfordert, will Wells ohne diese für den Patienten unangenehme Prozedur auskommen. Er geht davon aus, dass die fehlgesteuerte Aufmerksamkeit die Störung aufrechterhält; der Betroffene fühle sich infolge ungünstiger Metakognitionen weiterhin in Gefahr (»Wenn ich wachsam bleibe, bin ich auf neue Bedrohungen besser vorbereitet«) und versuche zugleich, die quälenden Erinnerungen zu verdrängen. So entstünden die typischen »Intrusionen«: intensive, beängstigende Erinnerungen, die sich in Alpträumen, aber auch im Wachzustand in Form von Flashbacks aufdrängen.

Umsteuern statt konfrontieren

Mit Hilfe der metakognitiven Therapie soll der Patient seine Aufmerksamkeit auf nicht bedrohliche Reize lenken, seine Erinnerungen als solche wahrnehmen, ohne sich von ihnen überwältigen zu lassen, und seine Überzeugungen, etwa wachsam bleiben zu müssen, hinterfragen. Erste Evaluationsstudien arbeiteten allerdings erneut nur mit kleinen Stichproben. Wells selbst verglich 2015 die Effekte der MKT mit einer Expositionstherapie. Sein Fazit: Beide zeigten im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe ihre Wirkung, bei der MKT traten die Effekte jedoch schneller ein und fielen größer aus als bei einer Exposition.

Auch bei Süchten spielen Metakognitionen laut Wells eine Rolle. Überzeugungen wie »Rauchen hilft mir, mich zu konzentrieren« könnten demnach positive Erwartungen wecken und das Verlangen verstärken. Und

Gedanken wie »nach dem ersten Glas ist es schwer, wieder aufzuhören« sorgten dafür, dass sie sich immer wieder bewahrheiten. Solche selbsterfüllenden Prophezeiungen gibt es auch bei Schlafstörungen: Ist der Patient davon überzeugt, dass Stimmung und Leistung am nächsten Tag darunter leiden, dann regt er sich darüber auf – und liegt noch länger wach.

Metakognitionen können so auf unterschiedliche Weise dazu beitragen, dass sich eine Störung nicht bessert oder dass sie sich sogar verschlechtert. Für Essstörungen gilt das offenbar ebenfalls, berichteten Psychologen um Roger Hagen von der Universität Trondheim in Norwegen 2015. Wie stark die Symptome von mager-süchtigen und bulimischen Frauen waren, konnten die Forscher statistisch zur Hälfte anhand ihrer mehr oder weniger ausgeprägten ungünstigen Metakognitionen berechnen – wobei diese sogar ohne konkreten Bezug aufs Essverhalten erfragt wurden. Das Bedürfnis, die eigenen Gedanken zu kontrollieren, hing am engsten mit dem gestörten Essverhalten zusammen.

Nicht unsere Sorgen und Grübeleien selbst machen uns seelisch krank, sondern wie wir mit ihnen umgehen

Während Forscher für diese Störungen noch erste Therapiemodelle entwickeln, ist das metakognitive Training für psychotische Patienten bereits in der Erprobungsphase. Steffen Moritz und seine Kollegen vom Uniklinikum Hamburg-Eppendorf bieten auf ihrer Website ein kostenloses Therapiemanual in 33 Sprachen an. »Befunde aus randomisierten kontrollierten Studien legen nahe, dass das Training Therapieerfolge beschleunigt«, stellten sie 2012 fest. Im Rahmen einer Psychose tragen Metakognitionen zum Beispiel dazu bei, dass die Betroffenen sich ihrer wahnhaft verzerrten Interpretationen von eigentlich harmlosen Ereignissen subjektiv völlig sicher sind. In der ersten Trainingseinheit lernen die Patienten deshalb, für ein Ereignis verschiedene Er-

klärungen heranzuziehen und zu verstehen, wie diese ihr Befinden und Verhalten beeinflussen. Forscherteams aus Frankreich, Polen und China wiesen 2014 und 2015 nach, dass ein solches Training die Krankheitseinsicht steigerte – und genau daran mangelt es bei akuten Psychosen in der Regel.

Trotz der ersten Erfolge bei anderen Erkrankungen: Ob die relativ junge Psychotherapiemethode überhaupt bei Angststörungen und Depressionen wirkt, gilt längst nicht als gesichert. Experten fordern, die Anwendungsbereiche einzugrenzen; so bezweifeln die Psychologen Stefan Uhlmann und Jürgen Hoyer von der Universität Dresden, dass Aufmerksamkeits- und Achtsamkeitstraining bei akuten schweren Depressionen überhaupt »praktikabel« seien.

Keith Dobson glaubt, dass bei der Wahl der Therapiemethode eine andere Frage eine größere Rolle spiele – nämlich jene nach ihrem Ziel. Kognitive Therapien, die irrationale Gedanken und Metagedanken verändern sollen, eignen sich eher für Patienten in akuten Krisen, erläutert Dobson. Ein Verfahren, das Akzeptanz fördert, versprache hingegen »mehr Erfolg bei chronischen psychischen Leiden, bei denen die Patienten lernen müssen, mit einigen ihrer Probleme zu leben«. Weniger bedeutsam sei es womöglich, *wie* der Therapeut vorgeht, um dieses Ziel zu erreichen: Erproben Patienten beispielsweise im Alltag erfolgreich neue Verhaltensweisen, verändere das ebenso ihre Überzeugungen wie ein sokratischer Dialog – so dass letztlich »Verhaltenstraining und kognitive Therapie dasselbe bewirken«.

Als Wells' Verdienst gilt, dass er die Ebene der Metakognitionen separat betrachtet und dem therapeutischen Werkzeugkasten das Aufmerksamkeitstraining hinzugefügt hat. Ob und wie dieses allein wirkt, muss sich noch zeigen. Wenn Evaluationsstudien also künftig stärker zwischen den verschiedenen Therapiebausteinen und ihren Wirkebenen unterscheiden, könnte das helfen, eines der großen Rätsel zu lösen, das auch in der dritten Welle der Verhaltenstherapie noch ungelöst ist: Welche Methoden funktionieren weshalb?

Ebenjene Frage also, die Wells während seiner Ausbildung antrieb, ein eigenes Therapiemodell zu entwerfen. ★

QUELLEN

Dobson, K. S.: The Science of CBT: Toward a Metacognitive Model of Change. *In: Behavior Therapy* 44, S. 224–227, 2013

Normann, N. et al.: The Efficacy of Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *In: Depression and Anxiety* 31, S. 402–411, 2014

Wells, A. et al.: Metacognitive Therapy versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-Traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. *In: Cognitive Therapy and Research* 39, S. 70–80, 2015

WEBTIPP

Manual für die metakognitive Therapie von Psychosen in 33 Sprachen: www.uke.de/mkt

Weitere Quellen im Internet: www.spektrum.de/artikel/1365102