

Stefan Uhmann und Jürgen Hoyer

## Metakognitive Therapie der Depression

### Metacognitive therapy of depression

#### Zusammenfassung

Die theoretischen Grundlagen und Prinzipien der metakognitiven Therapie (MKT) und ihrer Anwendung bei der Behandlung der Depression werden vorgestellt. MKT macht andere kognitive Inhalte verantwortlich für psychopathologische Phänomene als die kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Statt auf negativen Inhalten in Bezug auf das Selbst, die Welt und die Zukunft liegt der Fokus auf metakognitiven Überzeugungen, die die Verarbeitung der negativen Inhalte steuern. Dementsprechend hat die MKT der Depression zum Ziel, positive und negative Metakognitionen umzustrukturieren, die die maladaptive Verarbeitung negativer Inhalte, z.B. das Grübeln, fördern. Wesentliche weitere Interventionen der MKT der Depression sind das Aufmerksamkeitstraining und Übungen zur „losgelösten Achtsamkeit“ (detached mindfulness). Während die theoretischen Grundlagen der MKT empirisch gut belegt sind, fehlt es bei der Depression noch an streng kontrollierten Belegen der Wirksamkeit dieser innovativen Therapieform. Die Konzeption und erste Daten sind jedoch vielversprechend und rechtfertigen ein größeres Interesse in klinischer Praxis und Forschung.

#### Schlüsselwörter

metakognitive Therapie – Depression – Aufmerksamkeits-training – losgelöste Achtsamkeit

#### Summary

We present a summary of the theoretical foundations and principles of metacognitive therapy (MCT) and its application in the treatment of depression. MCT differs from cognitive behavioral therapy (CBT) with respect to the type of cognitive content which is linked to clinical symptoms. Instead of negative content referring to the self, the world or the future, MCT focuses on metacognitive beliefs regulating how this negative content is processed. Consequently, MCT treatment of depression aims at modifying positive and negative metacognitive beliefs that drive maladaptive repetitive cognitive processing such as rumination. MCT of depression is completed by the attention training technique and detached mindfulness. While many of the theoretical assumptions underlying MCT have been empirically confirmed, stronger empirical evidence demonstrating the efficacy of applied MCT of depression is needed. However, the concept of MCT and existing initial data on its effects are promising and worth being considered more intensely in treatment and research.

#### Keywords

metacognitive therapy – depression – attention training technique – detached mindfulness

#### ■ Einleitung

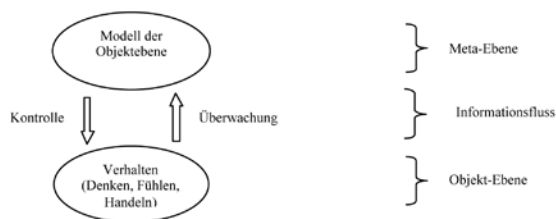
Die kognitive Verhaltenstherapie der Depression fokussiert auf negative Gedanken und Grundüberzeugungen als Determinanten anhaltender emotionaler Schwierigkeiten und klinischen Leidens (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Was aber führt dazu, dass Patienten negative Gedanken haben und mehr oder weniger von deren Realitätsgehalt überzeugt sind? Welche Prozesse sind dafür verantwortlich, dass sich Menschen mit Depressionen immer wieder mit Gedanken beschäftigen, deren Inhalte negativ sind? Was ist der „Motor“ hinter diesen Gedanken? Ist es nicht besser, den Mechanismus hinter diesen Gedanken zum Fokus der Behandlung zu machen als – wie es in der „klassischen“ kognitiven Verhaltenstherapie üblich ist – nach und nach jeden einzelnen dieser Gedanken zu entkräften und umzubewerten?

Die metakognitive Therapie (MKT) von Wells (1997, 2009b, dt. Übersetzung 2011) baut auf empirischen Ergebnissen zu Prozessen der Informationsverarbeitung auf (Wells & Matthews, 1994). Danach steigern nicht die negativen Inhalte des Denkens selbst das Risiko chronisch depressiven Erlebens, sondern es sind die Prozesse im Umgang mit diesen Inhalten, die zu anhaltend depressivem Erleben führen. Aus diesem zentralen Ergebnis leitet Wells einen Therapieansatz ab, der in den Prinzipien der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie gründet, sich jedoch in zentralen Punkten von dieser abhebt. Im Folgenden werden wir die grundlegenden Annahmen der MKT und das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei der Depression erläutern. Für die Darstellung der MKT im Bereich der Angststörungen verweisen wir auf Wells (1997, 2009b, 2011).

## ■ Metakognitive Therapie: Störungsmodell und Prinzipien

Die MKT basiert auf einem elaborierten Modell der Selbststeuerung und kognitiven Kontrolle (dem Self-Regulatory Executive Function Model, S-REF; Wells & Matthews, 1994). Das Modell geht davon aus, dass affektive und Angststörungen durch ein Syndrom dysfunktionaler Aufmerksamkeitsprozesse – das sogenannte CAS (Cognitive Attentional Syndrome) – gekennzeichnet sind. Dieses erklärt, warum belastende Emotionen intensiviert wahrgenommen werden und warum sie persistieren. Wells postuliert drei Komponenten des CAS: einen Aufmerksamkeitsfokus auf potentielle Bedrohungen (z.B. Selbstaufmerksamkeit auf Gedanken oder Gefühle negativen Inhalts), repetitives Denken in Form von Grübeln oder Sich-Sorgen, das zum Ziel hat, die potentielle Bedrohung zu bewältigen, und (weitere) unangemessene Bewältigungsstrategien (z.B. Vermeidung oder Gedankenunterdrückung). Gemäß dem S-REF-Modell ist das CAS das Ergebnis bestimmter Metakognitionen. Was sind Metakognitionen, also „Kognitionen über Kognitionen“? Nähme man an, dass Kognitionen ausschließlich automatisch oder eigengesetzlich ablaufen, bräuchte man das Konstrukt der Metakognitionen nicht. Nimmt man aber wie Wells an, dass alles, was wir denken und warum wir es denken, einer Art kognitiver Kontrolle unterliegt, dann ist es sinnvoll, diese kognitive Kontrolle und dieses kognitive Monitoring als Metakognition zu beschreiben (Abbildung 1).

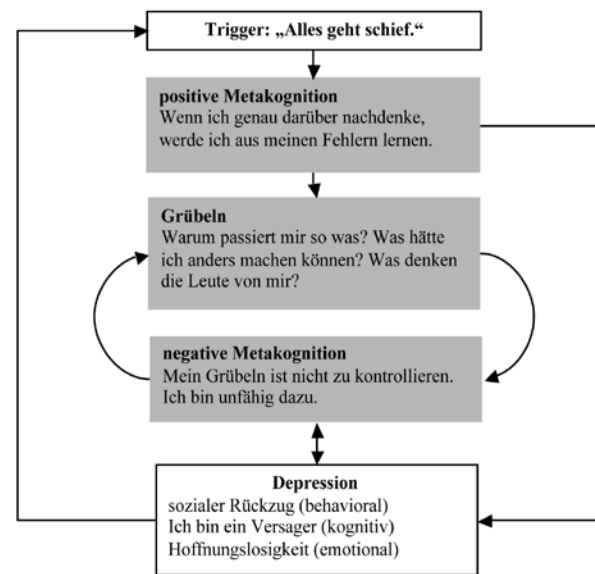
**Abb. 1:** Verhältnis zwischen Objekt- und Meta-Ebene.



Metakognitionen kontrollieren Denkprozesse und umfassen sowohl implizites Wissen oder Selbststeuerungsprogramme als auch verbal zugängliche Annahmen. Metakognitive (Grund-)Annahmen können positiv oder negativ sein. Wenn ein Gedanke oder eine gedankliche Strategie als zielführend angesehen wird, dann geht es um positive Metakognitionen (z.B. „Wenn ich analysiere, warum ich versagt habe, werde ich meine Depression zu überwinden“). Solche Annahmen legen die Strategiewahl fest und entscheiden darüber, ob und in welchem Modus (grübelnd vs. aktiv) sich die Person mit ihren Problemen beschäftigt oder z.B. ablenkt und sich anderen Themen zuwendet. Keine dieser Strategien ist per se gut oder schlecht (vgl. Hoyer, 2000; Hoyer & Heidrich, 2009). Wenn negative Annahmen über kognitive Prozesse bestehen, spricht man von negativen Metakognitionen („Mein Grübeln ist unkontrollierbar“, „Das Grübeln zieht mich immer tiefer in die Depression“). Negative Annahmen tragen in vielen Fällen mittelbar zur Persistenz des CAS bei, denn sie führen dazu, dass exekutive Kontrolle nicht dazu verwendet wird, die

Aufmerksamkeit bewusst zu steuern und auf andere Inhalte als das depressive Erleben auszurichten. Stattdessen versuchen Patienten beispielsweise das Grübeln mit gedanklichen Mitteln zu regulieren; ein Versuch, der auf paradoxe Weise zu einer Verstärkung des Problems führt. Das CAS selbst verstärkt und verlängert wiederum die gegebene emotionale Beeinträchtigung durch Belastungen und Stimmungsschwankungen, da die Aufmerksamkeit von diesen nicht abgezogen wird, und bestätigt so die negativen metakognitiven Annahmen. Mit der Wechselwirkung zwischen CAS und Metakognitionen reformuliert Wells die theoretische Grundlage für die „depressive Spirale“ (Beck et al., 1979) auf metakognitiver und damit Prozessebene (Abbildung 2).

**Abb. 2:** Depressive Spirale in ihrer metakognitiven Formulierung (adaptiert von Fisher & Wells, 2009).



Zusammenfassend kann die Vulnerabilität für psychische Störungen im S-REF Modell darauf zurückgeführt werden, wie leicht eine Person das CAS in Reaktion auf Stimmungsveränderungen, negative Gefühle oder Gedanken aktiviert. Nicht negative Gefühle oder Gedanken per se sind das klinische relevante Problem, sondern eher die repetitive kognitive Beschäftigung mit diesen Stimuli – übrigens eine Sichtweise, die neuerdings auch von eher neurowissenschaftlichen Konzeptionen der Depression geteilt wird (Holtzheimer & Mayberg, 2011). Das CAS wiederum hängt von individuellen Unterschieden in den metakognitiven Annahmen einer Person ab sowie davon, wie flexibel sie in der exekutiven Kontrolle der Verarbeitung kognitiver und emotionaler Stimuli ist. Beide Aspekte sind therapeutisch gut zu beeinflussen

## ■ Interventionen

Aus dem Störungsmodell der MKT folgt, dass eine Therapie psychischer Störungen eine Veränderung des CAS beinhalten muss. In Bezug auf seine Bestandteile bedeutet das, den habituell auf potentielle Bedrohung gerichteten Aufmerksam-

keitsfokus zu flexibilisieren. Dazu muss der Patient lernen, seine Aufmerksamkeit bewusst zu steuern.

Den (oft) maladaptiven Prozessen des Grübelns und Sich-Sorgens wird ein alternatives, nicht bewältigungsorientiertes Verhalten für negative und aversive, aber auch positive Gedanken und Gefühle gegenübergestellt, die sog. losgelöste Achtsamkeit (detached mindfulness).

Beide neuen Strategien werden durch die kognitive Umstrukturierung metakognitiver Annahmen vorbereitet.

### ■ Aufmerksamkeitstraining

Das Aufmerksamkeitstraining (AT) im Rahmen der MKT dient dazu, den habituellen und inflexiblen Aufmerksamkeitsfokus auf negative Gefühle oder Gedanken und Stimmungsveränderungen flexibler zu machen und dem Patienten die bewusste Kontrolle seiner Aufmerksamkeit zu ermöglichen. Dabei wurde es unter Maßgabe entwickelt, a) die Anpassung an die jeweiligen Fähigkeiten des Patienten zur Aufmerksamkeitssteuerung leicht zu machen, b) durch den Einsatz nicht selbstbezogener Reize dem internen Fokus entgegenzuwirken und c) nicht als Ablenkung oder Vermeidungsstrategie zu dienen. Dafür umfasst es mehrere Komponenten: selektive Aufmerksamkeit (5 Min.), schnelle Aufmerksamkeitswechsel (5 Min.) und geteilte Aufmerksamkeit (2 Min.). Eine detaillierte Instruktion findet sich bei Wells (2009b). Das AT greift auf auditive Reize zurück, die sich in im Therapiesetting realisieren lassen bzw. angenommen werden, d.h., die Aufmerksamkeit soll u.a. auf potentielle Geräusche an einem bestimmten Ort/in eine bestimmte Richtung gelenkt werden („Geräusche in großer Entfernung, die zu Ihrer Rechten auftauchen könnten“). Das AT mündet in die sog. Neuausrichtung der Aufmerksamkeit (situational attentional refocusing, SAR). Damit gemeint ist die Anwendung des breiten und flexiblen Aufmerksamkeitsfokus in störungsrelevanten Situationen – nicht als Bewältigungsstrategie, sondern als Möglichkeit zur Überprüfung von Überzeugungen und Befürchtungen.

### ■ Losgelöste Achtsamkeit

Der durch AT geförderte flexible Aufmerksamkeitsfokus erleichtert die bewertungsfreie Wahrnehmung interner Reize. Damit greift die MKT den Mindfulness- und Akzeptanz-Begriff neuerer Therapieansätze auf. Wells (2009b) beschreibt die sog. losgelöste Achtsamkeit (detached mindfulness, DM) mit Hilfe dreier Merkmale: Erstens ist das die bewusste Wahrnehmung von internen Reizen wie Gedanken, Gefühlen usw. auf der Metaebene. Zweitens wird die Fusion zwischen Selbst und diesen internen Reizen reduziert, indem das Selbst als Entität die internen Reize beobachtet („Ich habe den Gedanken, dass alles schiefgeht“ statt „Alles geht schief“). Drittens wird auf jegliche kognitiv-emotionale Reaktionen auf diese internen Reize verzichtet, also z.B. auf Grübeln. Der Patient soll die Fähigkeit erlernen, Gedanken und Gefühle nicht im sog. Objektmodus wahrzunehmen, d.h. als realitätsabbildende Fakten, sondern im metakognitiven Modus als (bloße) interne Reize und sich

selbst als deren bloßen Beobachter. Damit stellt MKT eine Form akzeptanzbasierter Psychotherapie dar, und DM unterstützt die flexible Aufmerksamkeitssteuerung und die Reduktion von Grübeln und Sich-Sorgen, da Bewältigungsversuchen – erst recht analytisch-reflexiven – die Grundlage entzogen wird.

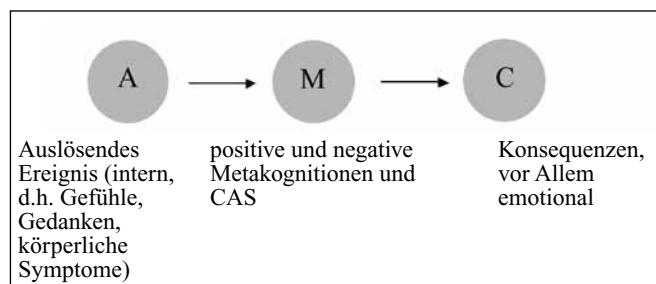
### ■ Metakognitive Umstrukturierung

Die Umstrukturierung metakognitiver Annahmen unterscheidet sich nur im Fokus vom Vorgehen klassischer kognitiver Therapieansätze. Statt Inhalten, die sich überwiegend auf den Patient selbst beziehen und von ihm als unangenehm und belastend empfunden werden, beispielsweise die depressive Trias, stehen die oben beschriebenen positiven und negativen Annahmen über Prozesse wie Grübeln und Sich-Sorgen im Fokus. Wells (2009b) legt zu diesem Zweck ein expositionsbasiertes Vorgehen, also z.B. Verhaltensexperimente zur Initiierung und Steuerung von Grübelprozessen oder Gedankenunterdrückung, und den sokratischen Dialog nahe.

### ■ Rolle der Metakognitionen bei Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression

Grübeln spielt eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der Depression (Nolen-Hoeksema, 1991; Lyubomirsky & Tkach, 2003). Im Rahmen der MKT ist Grübeln genau wie übersteigerte Besorgnis ein besonderes Merkmal des CAS. Es wird als willentliche und zielgerichtete Bewältigungsstrategie konzeptualisiert: Grübeln soll helfen, die Gründe für depressives Erleben zu erkennen. Aktiviert wird Grübeln durch interne Reize. Im Fall der Depression sind dies z.B. emotional beladene Erinnerungen, Symptome wie Erschöpfung und Traurigkeit oder negative automatische Gedanken über das Selbst, die Welt oder die Zukunft. Die MKT behandelt auch Letztere zunächst verhaltensanalytisch als Trigger, nicht als kognitive Reaktion. Die metakognitive Verhaltensanalyse sucht nun nach Metakognitionen, die den dysfunktionalen Umgang mit diesem Trigger erklären können (Abbildung 3).

Abb. 3: AMC-Modell (adaptiert von Wells, 2009b).



Positive Metakognitionen können sich darauf beziehen, dass das Symptommonitoring wichtig oder dass Grübeln ein effizienter Weg zur Reduktion depressiver Stimmung sei. Negative Metakognitionen können dem Grübeln z.B. eine Eigengesetzlichkeit zuschreiben, die sich bewusster Kontrolle

entzieht. Grübeln – ist es einmal durch entsprechende positive Metakognitionen initiiert – wird dann nicht beendet. Dadurch stabilisiert sich depressives Verhalten auf behavioraler, kognitiver und emotionaler Ebene (Tabelle 1; s.a. Abbildung 2). Damit hebt sich die verhaltensanalytische Konzeptualisierung deutlich vom Beck'schen ABC-Schema ab. Theoriekonform werden nicht interne Reize wie (automatische) Gedanken und Gefühle (Inhalte) und deren Ursachen als dysfunktional herausgearbeitet, sondern die Art des Umgangs mit diesen (Prozesse), der wiederum durch Annahmen über diese Prozesse beeinflusst wird (metakognitive Inhalte).

**Tabelle 1:** Beispiele für depressionstypische positive und negative Metakognitionen.

positive Metakognitionen	negative Metakognitionen
„Aus der Analyse meiner depressiven Stimmung kann ich lernen, ein besserer Mensch zu werden.“	„Über Gedanken und Gefühle habe ich keine Kontrolle, ich werde noch verrückt.“
„Pessimismus ist eine gute Sache, so werde ich nicht enttäuscht.“	„Ich kann nicht aufhören zu grübeln.“
„Wenn ich mich schlecht fühle, dann darf ich mich nicht in Ablenkungen stürzen.“	„Dass ich so denke und fühle, zeigt, wie minderwertig ich bin.“
„Über die Gründe meiner Traurigkeit nachzudenken wird mir helfen, sie zu vermeiden.“	„Ich muss mich schonen, um Kraft zu sammeln.“

Die depressionsspezifische Struktur des CAS beinhaltet neben Grübeln auch ein übersteigertes Sich-Sorgen und einen Aufmerksamkeitsfokus auf die potentielle Bedrohung durch Depressionssymptome, wie z.B. negative Emotionen. Dysfunktionales (offenes) Verhalten, das sich aus dem CAS ableitet, umfasst sozialen Rückzug und die Einschränkung von Aktivitäten, u.a. um dem Grübeln und Sich-Sorgen mehr Raum einräumen zu können oder auf diese Weise „Kraft zu sammeln“. Das CAS (obwohl vom Patienten als Teil der Lösung verstanden) verstärkt zusätzlich negative Emotionen und bereitet weiteren negativen Gedanken den Weg. Auf diese Weise stabilisiert das CAS depressionstypische interne Reize und trägt zu deren Persistenz bei.

## ■ Metakognitives Vorgehen bei der Depression

Die MKT der Depression hat die Modifikation des CAS zum Ziel. Die Behandlung umfasst üblicherweise 5 bis 10 Sitzungen und umfasst folgende Komponenten: 1. Fallkonzeption, 2. Psychoedukation/Vermittlung eines Störungsmodells, 3. Aufmerksamkeitstraining, 4. Übung der losgelösten Achtsamkeit, 5. Umstrukturierung positiver und negativer metakognitiver Annahmen, 6. Reduzierung maladaptiven

Bewältigungsverhaltens und des Bedrohungsmonitorings, 7. Verstärkung neuer Prozesspläne und Rückfallprophylaxe. Die einzelnen Komponenten beschreiben wir nachfolgend überblicksartig. Ausführlichere Darstellungen bieten Wells et al. (2009) und Wells (2009b, 2011, dort u.a. ein Vorschlag für eine manualisierte Behandlung in 8 Sitzungen).

## ■ Fallkonzeptualisierung

Grundlagen für die Fallkonzeption werden bereits während der Diagnostikphase gelegt. Es stehen spezielle diagnostische Methoden zur Erfassung des CAS und dessen Ursachen bereit. Dazu gehören Befragungsmethoden wie die an die ABC-Analyse angelehnte AMC-Analyse (Fisher & Wells, 2009, s.a. Tab.2) oder das metakognitive Profiling (Wells & Matthews, 1994; Wells, 2000), bei dem metakognitive Inhalte über Gedanken, deren Beeinflussung und Ziele und kognitive Reaktionen im Umgang mit einem internen Reiz gezielt erfragt werden. Spezielle Fragebögen wie die Ruminative Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; dt. Version von Rischer, 2008) eignen sich zur quantitativen Erfassung des Grübelns. Ferner wurden Skalen zur Erfassung der positiven und negativen Metakognitionen über das Grübeln entwickelt, mit dem Metacognitions Questionnaire 30, MCQ-30 (dt. Version in Wells, 2011), steht zudem ein kurzes Verfahren zur Verfügung, welches auch zur Verlaufsdagnostik geeignet ist.

In der ersten Sitzung wird gemeinsam mit dem Patienten am Beispiel einer kurz zuvor erlebten Grübelperiode eine idiosynkratische Version des metakognitiven Modells der Depression erarbeitet (Abbildung 2). Weil sich der Patient des Grübelns zunächst möglicherweise nicht bewusst ist, kann der Therapeut Stimmungswechsel oder Phasen der Inaktivität als Marker für intensiviertes Grübeln heranziehen. Nun gilt es, die Hauptkomponenten des Modells zu explorieren. Dafür bietet sich folgendes Vorgehen an:

1. Trigger identifizieren
2. Merkmale des Grübelns identifizieren (Inhalte, Dauer)
3. Folgen des Grübelns erfragen (auf den Ebenen Verhalten, Kognition, Emotion)
4. Negative und positive metakognitive Annahmen und Krankheitsmodell identifizieren

**Tabelle 2:** Beispielfragen für Fallkonzeption und Vermittlung eines metakognitiven Störungsmodells.

Fallkonzeption	Vermittlung des Störungsmodells
Einleitung: „Ich interessiere mich für eine Phase, in der Sie sich sehr mit Ihrem Problem und Ihrer schlechten Stimmung befasst haben. Können Sie sich an so eine Phase erinnern?“	„Wie lange haben Sie schon über Ihre Probleme gegrübelt? Hat es Ihre Probleme bis jetzt gelöst? Was erwarten Sie, wie lang dauert es noch bis zur Lösung?“
1. „Was war der erste negative Gedanke, mit dem Ihr Grübeln begann?“	„Es scheint, dass Sie versucht haben, sich selbst besser zu denken, indem Sie grübeln. Warum hat es bisher nicht funktioniert?“
2. „Was dachten Sie dann? Was war dann der nächste Gedanke? Was dachten Sie danach? Wie lang haben Sie gegrübelt?“	„Was passiert mit Ihrer Traurigkeit, wenn Sie vom Grübeln abgelenkt sind, z. B. wenn Sie etwas anderes zu tun haben. Was sagt das über die Rolle von Grübeln beim Beeinflussen Ihrer Gefühle?“
3. „Als Sie so grübelten, was passierte mit Ihren Gefühlen? Was passierte mit Ihrer Depression? Zu welchem Schluss kamen Sie? Wie beeinflusste es Ihr Verhalten?“	„Was passiert mit Ihrer Stimmung, wenn Sie aktiver sind? Was passiert mit Ihrem Grübeln, wenn Sie Ihre Aktivitäten verringern? Fühlen Sie sich besser, wenn Sie mehr tun oder wenn Sie weniger tun?“
4.a) „Es scheint, dass Grübeln die Dinge schlimmer macht. Ist es etwas, womit Sie aufhören können? Wie (un-)kontrollierbar ist es?“	
4.b) „Glauben Sie, dass Sie irgendetwas mit Ihren Symptomen tun können? Denken Sie, dass Ihre Depression biologisch oder psychologisch ist?“	
5. „Hat es irgendwelche Vorteile, zu grübeln oder zu analysieren, warum Sie sich so fühlen? Kann die fortwährende Beschäftigung mit Ihren Gefühlen Ihnen irgendwie helfen?“	

**■ Psychoedukation – Vermittlung eines Störungsmodells**

Eine implizite Annäherung des Patienten an das metakognitive Model beginnt bereits während der Diagnostikphase. Es werden routinemäßig Selbstauskunftsfragebögen ausgegeben, die metakognitive Annahmen und Prozesse erfassen. Es ist anzunehmen, dass durch das Ausfüllen die metakognitive Bewusstheit vergrößert und der Patient auf die Ziele der Therapie eingestimmt wird. Beispielsweise berichten Patienten oft, sie hätten noch nicht darüber nachgedacht, wie viel Zeit sie mit Sorgen verbringen oder wie oft sie versuchen, ihr Denken zu kontrollieren.

Nach der Fallkonzeption beginnt dann die explizite Vermittlung des Störungsmodells. Im Mittelpunkt steht die Fallkonzeption selbst, anhand derer der Therapeut erklärt, wie das CAS (v.a. das Grübeln) und metakognitive Annahmen zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Der Patient soll erkennen, dass es vor allem die Art und Weise seiner Auseinandersetzung mit internen Reizen ist, die zur Aufrechterhaltung der Depression beiträgt. Diese Erkenntnis wird gefördert durch Fragen, welche die Effekte des Grübelns, metakognitive Annahmen und Verhaltensweisen beleuchten. Zusätzlich können auch Verhaltensexperimente genutzt werden, beispielsweise um z. B. die paradoxen Effekte der Gedankenunterdrückung zu illustrieren. Im Anschluss an die Vermittlung des Störungsmodells wird dem Patienten ein Überblick über die Behandlung gegeben.

**■ Aufmerksamkeitstraining**

Das Aufmerksamkeitstraining ist – da prozessorientiert – unabhängig von der behandelten Störung und bedarf daher keiner depressionsspezifischen Anpassung. Es wird zunächst mit einem Rational eingeführt, das die Bedeutung des AT für die Wahrnehmung, Flexibilität und Kontrolle des Denkens hervorhebt, und als 12-minütiger Teil jeder Sitzung durchgeführt. Parallel ist es Teil der Hausaufgaben und sein Effekt wird fortlaufend protokolliert.

**■ Losgelöste Achtsamkeit**

Losgelöste Achtsamkeit (detached mindfulness, DM) wird als alternativer Umgang mit internen Reizen eingeführt (Beispiele siehe Tabelle 3). Gleichzeitig wird der Patient angeleitet, das Grübeln versuchsshalber auf den nächsten Tag zu verschieben und diese Erfahrung auszuwerten. Dabei ist durch den Therapeuten sicherzustellen, dass diese Kombination nicht zu Gedankenunterdrückung führt.

**■ Umstrukturierung negativer und positiver metakognitiver Annahmen**

Die kognitive Umstrukturierung bezieht sich nicht auf Inhalte über die Person („Ich bin ein Versager“), sondern auf metakognitive Annahmen (Tabelle 1). Dies ist der wichtigste inhaltliche Unterschied zur klassischen KVT.

**Tabelle 3:** Techniken zur Implementierung der gelösten Achtsamkeit (Wells, 2009b).

Technik	Beschreibung
<b>Geleitetes metakognitives Entdecken</b>	Dabei wird in einer Expositionssituation, die moderates Unbehagen auslöst, mit geleitetem Entdecken durch den Therapeuten metakognitive Selbstreflexion gefördert, z. B. werden Selbstzweifel oder negative Gedanken achtsam beobachtet.
<b>Freie Assoziation</b>	Der Patient wird aufgefordert, Gedanken und Erinnerungen zu beobachten, die durch verbale Reize getriggert werden („Apfel, Geburtstag, Meerblick, Baum, Fahrrad, Sommer, Rosen“).
<b>Tiger-Aufgabe</b>	Der Patient wird aufgefordert, sich einen Tiger vorzustellen und den Tiger im Geiste zu beobachten, anstatt seine Bewegungen und Verhalten aktiv zu beeinflussen. Gelingt dem Patienten die bloße Wahrnehmung des Tigers, so wird ihm dies als die Erfahrung von DM verdeutlicht. Er wird gefragt, ob er diese Art der Wahrnehmung auch auf negative interne Reize übertragen kann.
<b>Unterdrückung-Gegenunterdrückung</b>	Diese Übung verdeutlicht den Unterschied zwischen DM und Gedankenunterdrückung. Dazu wird der Patient gebeten, zunächst 3 Minuten lang den Gedanken z.B. an einen blauen Elefanten zu unterdrücken. Anschließend soll er seine Gedanken streifen lassen und wenn sich der Gedanke an den blauen Elefant darin findet, ihn als Teil des Gedankenflusses achtsam wahrnehmen. Anschließend vergleicht der Patient beide Erfahrungen: Wie häufig trat der Gedanke auf? Wie bedeutsam/aversiv war sein Auftreten? Wie anstrengend waren die beiden Strategien im Vergleich?
<b>Wolken</b>	Um DM zu veranschaulichen, werden Gedanken mit Wolken verglichen, die zu kontrollieren nicht möglich ist und die vorbeiziehen. Alternativ dazu kann man auch das Bild durchfahrender Züge auf einem Bahnhof verwenden.
<b>Widerspenstiges Kind</b>	DM wird verglichen mit der Reaktion auf ein widerspenstiges Kind im Supermarkt. Entweder man versucht, sein Verhalten aktiv zu beeinflussen oder man achtet (achtsam) auf es. Die Konsequenzen beider Alternativen werden verglichen, wodurch klar wird, dass aktives Eingreifen das Problem eher verschlimmert.
<b>Tagträumen</b>	Der Patient wird aufgefordert, einen Tagtraum zu initiieren und sich statt des Objektmodus‘ seiner Beobachterrolle zu vergegenwärtigen.

Zunächst greift der Therapeut in der Regel negative metakognitive Annahmen auf, typischerweise jene, die zum Inhalt haben, das Grübeln sei unkontrollierbar. Dabei kann auf die Erfahrungen mit dem zuvor implementierten Aufschieben des Grübelns Bezug genommen werden. Fragen wie „Was geschieht, wenn Sie grübeln, und plötzlich gibt es einen Notfall?“ oder „Wann hört Grübeln auf?“ leiten zur Erkenntnis, dass Grübeln sehr wohl zu kontrollieren ist. Diese „neue“ Metakognition wird mit Hilfe eines Verhaltensexperimentes zum Grübeln gefestigt: Der Patient wird gebeten, eine Minute zu grübeln und danach den Prozess des Grübelns zu beenden, die Wahrnehmung des Triggers oder von Gedanken jedoch aufrechtzuerhalten. Diese Übung wird wiederholt, wobei der Patient die Instruktion bekommt, die Intensität des Grübelns zu steigern und sogar „die Kontrolle darüber zu verlieren“. Weitere negative metakognitive Annahmen betreffen die Bedeutung von Symptomen und Stimmungsschwankungen. Der Therapeut liefert dabei weitere mögliche Erklärungen für die Entstehung und normalisiert Erschöpfung, negative Gefühle oder Stimmungsschwankungen. Eine Befragung

anderer Menschen aus dem Umfeld des Patienten zu dieser Thematik kann als Hausaufgabe vergeben werden und weiter zur Korrektur negativer metakognitiver Annahmen beitragen. Für die Umstrukturierung positiver metakognitiver Annahmen steht eine Reihe ähnlicher Techniken zur Verfügung. Mit Hilfe einer Disputation können z.B. die Vorteile des Grübelns in Frage gestellt werden. Dies soll positive Annahmen schwächen und kann dann durch Verhaltensexperimente ergänzt werden. Im Grübelexperiment wird der Patient gebeten, einen Tag über ein Problem zu grübeln und den anderen Tag darauf zu verzichten. Effekte auf Stimmung und Problemlösung werden anschließend verglichen.

### ■ Reduzierung maladaptiven Bewältigungsverhaltens und des Bedrohungsmonitorings

Viele durch metakognitive Annahmen gesteuerte maladaptive Verhaltensweisen sind zur Gewohnheit geworden; es gilt, sie im Alltag zu identifizieren und zu verändern. Die individuelle

Orientierung an Symptomen der Depression – z.B. die morgendliche Überprüfung der eigenen emotionalen Verfassung – muss zunächst vom Therapeuten identifiziert werden und kann dann mit Hilfe einer Disputation der Vor- und Nachteile korrigiert werden. Dysfunktionale Reaktionen wie sozialer Rückzug, Schonverhalten oder Selbstverletzung, in die das CAS münden, werden mit bewährten Methoden des Monitorings und der Strukturierung, z. B. durch Wochenpläne, überprüft und verändert.

### ■ Verstärkung neuer Prozesspläne und Rückfallprophylaxe

Sind metakognitive Annahmen bearbeitet, gilt es, deren neu erlernte Alternativen zu festigen. Dazu dient nicht nur das Training der neu erlernten, idealerweise mit den alten inkompatiblen, Annahmen und Programmen, sondern auch die explizite Gegenüberstellung alter und neuer Pläne. Dies leitet gleichzeitig die Rückfallprophylaxe ein. Die Rückfallprophylaxe sollte neben einer Zusammenfassung der Therapie von Residualsymptomen geleitet sein. Subtilere Formen des Grübelns oder andere persistierende Prozesse sollten vor Therapieabschluss bearbeitet werden.

### ■ Fallbeispiel

Frau Q. kommt auf eigenen Wunsch in die Institutsambulanz. Seit Februar 2009 leide die 40-jährige, verheiratete Patientin zunehmend unter starker Niedergeschlagenheit, Hoffungslosigkeit, Grübeln, Konzentrationsproblemen, Gewichtsverlust und Selbstmordgedanken. Außerdem hätten körperliche Beschwerden wieder zugenommen. Die Patientin zeigt sich im Kontakt freundlich, aber auch sehr angespannt und nervös. Sie ist in ihrer Stimmung stark depressiv und berichtet deutliche Beeinträchtigungen des Antriebs. Auf der Basis eines standardisierten klinischen Interviews sowie des klinischen Eindrucks wird eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, wobei die derzeitige depressive Episode einen mittleren Schweregrad erreicht (BDI > 30).

Nicht nur wegen gravierender Belastungen durch komorbide Störungen waren in der kognitiven Verhaltenstherapie der Patientin zunächst nur geringe Fortschritte zu verzeichnen. In der Supervision fiel auf, dass sich die Therapeutin bei der kognitiven Arbeit mit der Patientin überfordert fühlte. Zum Beispiel wurden Kognitionen exploriert wie „Ein Versager ist jemand, der nicht damit zurechtkommt, dass er Fehler macht“. Nun war es aber ein zentrales Problem der Patientin, dass sie nach Fehlern und Misserfolgen exzessiv darüber grübelte. Mit diesem maladaptiven, jedoch durch positive Metakognitionen und einen perfektionistischen Anspruch an sich selbst („Ich muss aus meinen Fehlern irgendetwas lernen!“) genährten Bewältigungsstil verband die Patientin somit zugleich einen erneuten Misserfolg und wertete sich ab („Ich bin eine Versagerin“). Eine metakognitive Rekonzeptualisierung half der Patientin zu erkennen, dass ein exzessives Nachgrübeln über Fehler oft nicht hilfreich ist – und schon gar nicht, solange die Person unter einer schweren Depression und den damit verbun-

denen Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinschränkungen leidet. Da dieser Denkstil aber längst gewohnheitsmäßig ablief, wurde das Aufmerksamkeitstraining in der Folge erfolgreich eingesetzt, um ihr zu erlauben, sich trotz gegebener emotionaler Belastungen auf aktuelle Tagesziele zu konzentrieren.

### ■ Empirische Ergebnisse

Empirische Untersuchungen unterstützen viele der theoretischen Annahmen des S-REF (Überblick bei Wells & Matthews, 1994; Wells, 2009a), in Bezug auf die Depression sind das u.a. der Aufmerksamkeitsfokus auf bedrohliche Reize (Gotlib & Cane, 1987) oder die Rolle der Metakognitionen für das Grübeln (Papageorgiou & Wells, 2001).

Im Hinblick auf die Interventionen ist die Wirksamkeit des Aufmerksamkeitstrainings bei Depression in offenen Studien belegt. So zeigten Papageorgiou und Wells (2000), dass Aufmerksamkeitstraining bei wiederkehrender Major Depression zur Reduktion von Ängstlichkeit und Depression führt. Das Aufmerksamkeitstraining war auch Teil eines Trainingspakets zur kognitiven Kontrolle, das bei Patienten mit Depression eine signifikant größere Reduktion der Depressionssymptome und des Grübelns zeigte als eine Routinebehandlung (Siegle, Ghinassi & Thase, 2007).

Für die metakognitive Therapie der Depression sind im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen (Wells, 2009a) Daten zur Wirksamkeit noch rar. Eine Studie mit 4 Patienten von Wells und Kollegen (2009) ergab für 6-8 wöchentliche Sitzungen vielversprechende, klinisch signifikante Verbesserungen der depressiven Symptomatik, des Grübelns und Veränderungen der metakognitiven Inhalte auch zur Katamnese nach 6 Monaten. Wells (2009b) berichtet weiterhin von einem bisher nicht veröffentlichten Open Trial, bei dem die MKT für 75% der Patienten nach der Behandlung und für 66% zur Katamnese erfolgreich verlief. Randomisierte, kontrollierte Studien zur MKT bei Depression generell sowie Studien außerhalb der Arbeitsgruppe um Adrian Wells fehlen jedoch noch. In anderen Bereichen, insbesondere bei der generalisierten Angststörungen, liegen jedoch bereits sehr überzeugende Wirksamkeitsnachweise zur MKT vor (z.B. van der Heiden, 2011), das für die Behandlung der Depression auf ähnlich positive Befunde hoffen lässt.

### ■ Kritik und Ausblick

Viele Therapeuten kennen das: In der Therapie der Depression stellt sich früher oder später das Gefühl ein, man kommt nicht weiter. Ist das nur der „depressive Sog“, also eine Art Gefühlsansteckung, die durch die Symptomatik des Patienten zu erklären ist? Oder kommt man wirklich nicht weiter, wenn man lediglich versucht, negative Gedanken immer und immer wieder umzustrukturieren? Die Metakognitive Therapie bietet diesbezüglich eine neue und erfrischende Sichtweise, und sie immunisiert Therapeuten dagegen, ihre Patienten nach der Methode „mehr des Gleichen“ zu behandeln. Trotz der Konsistenz des Ansatzes und seiner eleganten Fundierung

in Grundlagenbefunden (vgl. dazu insbesondere Wells & Matthews, 1994; Wells et al., 2009) gibt es neben der noch unzureichenden empirischen Überprüfung jedoch ernst zu nehmende kritische Aspekte. So fehlen bisher Überlegungen und auch Daten zur Eignung der metakognitiven Therapie bei verschiedenen Subtypen und Schweregraden der Depression. Gerade in Bezug auf AT und losgelöste Achtsamkeit ist zweifelhaft, ob diese Interventionen bei schweren Formen der Depression praktikabel und zielführend sind. Auch fehlen bisher Daten, die die empirische Überlegenheit gegenüber herkömmlicher kognitiver Verhaltenstherapie belegen. Insbesondere der Nachweis, dass MKT auch bei Non-Respondern der KVT erfolgreich sein kann, wäre ein überzeugender Wirksamkeitsbeleg.

Insgesamt bietet die MKT für KVT-Therapeuten eine Reihe von Anregungen zur Konzeption und Behandlung der Depression. Dabei werden Ansätze aus der dritten Welle der VT (z.B. Achtsamkeit) in ein Fallverständnis integriert, das konsequent aus der KVT abgeleitet und weiterentwickelt wurde. Insofern trägt die MKT der Depression das Potential, sich zu einer sehr nützlichen Therapievariante gerade bei scheinbar veränderungsimmunen und kraftraubenden Therapieverläufen zu entwickeln.

## ■ Literatur

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press, New York.
- Fisher, P. & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*. Routledge, Hove.
- Gotlib, I.H. & Cane, D.B. (1987). Construct Accessibility and Clinical Depression - a Longitudinal Investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 199-204.
- Holtzheimer, P.E. & Mayberg, H.S. (2011). Stuck in a rut: rethinking depression and its treatment. *Trends in Neurosciences*, 34, 1-9.
- Hoyer, J. (2000). *Dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit*. Asanger, Heidelberg.
- Hoyer, J. & Heidrich, S. (2009). When Are Worries Pathological? *Verhaltenstherapie*, 19, 33-39.
- Lyubomirsky, S. & Tkach, C. (2003). The consequences of dysphoric rumination. In C. Papageorgiou & Wells, A. (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. Wiley, Chichester.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A Prospective-Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster - the 1989 Loma-Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26.
- Rischer, A. (2008). Sorgen und Grübeln: Zwei Seiten derselben Medaille? Ein Konzeptvergleich von Worry und Rumination in einer multizentrischen Studie an Patienten mit Depression und einer nichtklinischen Vergleichsstichprobe. Bamberg: University of Bamberg Press.
- Siegle, G.J., Ghinassi, F. & Thase, M.E. (2007). Neurobehavioral Therapies in the 21st Century: Summary of an Emerging Field and an Extended Example of Cognitive Control Training for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262.
- van der Heiden, C. (2011). *On the diagnosis, assessment, and treatment of Generalized Anxiety Disorder*. Rotterdam: Parnassia Bavo.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Wiley, Chichester.
- Wells, A. (2009a). The Evidence for Metacognitive Theory and Therapy. In A. Wells (Ed.), *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (pp. 223-246). New York: Guilford.
- Wells, A. (2009b). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford.
- Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C.R. (2009). Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 291-300.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion. A clinical perspective*. Chichester: Wiley.

## ■ Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Stefan Uhmann  
 Technische Universität Dresden  
 Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Hohe Str. 53 | D-01187 Dresden  
 Tel: ++49-351-46336978 | Fax: ++49-351-46336955  
 uhmann@psychologie.tu-dresden.de