

EINFÜHRUNG IN DIE METAKOGNITIVE THERAPIE DER GENERALISIERTEN ANGSTSTÖRUNG

STEFAN LEIDIG

Praxis für Psychotherapie, Berlin

ZUSAMMENFASSUNG: Die Generalisierte Angststörung ist durch Sorgenprozesse gekennzeichnet. Sorgenprozesse bei der GAS unterscheiden sich von nicht-pathogenen Sorgenprozessen durch zusätzliche negative Gedanken und Annahmen über das Sich-Sorgen. Die Metakognitive Therapie zielt mit ihren Interventionen auf die Einschätzung einer vermeintlichen Unkontrollierbarkeit der Sorgen. Sie unterscheidet sich in diesem Aspekt grundsätzlich von klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden. Es werden die theoretischen Grundlagen und die praktische Vorgehensweise der Metakognitiven Therapie bei der Generalisierten Angststörung dargestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Metakognitive Therapie, Generalisierte Angststörung, Verhaltenstherapie, Angsterkrankungen, Psychotherapiemethoden

INTRODUCTION TO METACOGNITIVE THERAPY FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER

ABSTRACT: Generalized anxiety disorder is characterized by worry processes. Worry processes in GAS differ from non-pathogenic worry processes by additional negative thoughts and beliefs about worrying. Metacognitive therapy targets the appraisal of uncontrollability of worry with its interventions. In this aspect it differs fundamentally from classical methods in cognitive-behavioral therapy. The theoretical foundations and practical procedures of metacognitive therapy for generalized anxiety disorder are presented.

KEYWORDS: metacognitive therapy, generalized anxiety disorder, behavior therapy, anxiety disorders, methods of psychotherapy

1 EINLEITUNG

Betroffene, die die diagnostischen Kriterien einer Generalisierten Angststörung (GAS) erfüllen, leiden insbesondere un-

ter andauernden und übermäßigen Sorgen. Sorgenprozesse führen aber nicht zwangsläufig zu pathologischen Denk- und Erlebensmustern mit ausgedehntem Leid. Die Probleme beginnen erst, wenn diese Kognitionen als übermächtig erlebt

werden, sie eine sich wiederholende, eindringliche, kaum zu kontrollierende Qualität bekommen. Die Metakognitive Therapie (MKT) behandelt gezielt Faktoren, die diese unkontrollierbar erscheinenden kognitiven Muster und Prozesse bedingen und zu gedanklichen Exzessen mit den entsprechenden symptomatischen Verhaltens- und Erlebnisweisen führen. Sie wurde federführend von Adrian Wells und MitarbeiterInnen entwickelt (Wells, 1999; 2009; Wells & Matthews, 2015).

2 METAKOGNITIONEN

Als Metakognitionen (MK) werden Annahmen, Erlebnisinhalte und Aufmerksamkeitsprozesse in Bezug auf das eigene Denken, Erleben und Verhalten bezeichnet. Metakognitionen steuern und gestalten unsere Wahrnehmungsprozesse, Erlebnisinhalte und Erkenntnisse (Flavell, 1979; Wells, 2009, 2019; Wells & Matthews, 2015).

In der metakognitiven Theorie psychischer Störungen unterscheidet Wells (2009) metakognitives Wissen, metakognitives Erleben und metakognitive Strategien.

Es werden zwei Arten metakognitiven Wissens (metakognitiver Annahmen) unterschieden: Die *expliziten* (deklarativen) und die *impliziten* (regulativen oder prozeduralen) metakognitiven Wissensinhalte/Annahmen. Sie sind relativ überdauernde traits (z. B. Laux et al., 1981), werden im Langzeit-Gedächtnis gespeichert und von dort abgerufen (Hjemdal et al., 2013; Wells, 2009; Wells & Matthews, 2015).

Eine deklarative Annahme ist meist bewusst und kann von den Betroffenen formuliert werden, wie: „*Sich-Sorgen be-reitet auf den Umgang mit Gefahren vor*“.

Das regulative Wissen ist als implizite, meist nicht bewusste Instruktion konzipiert, die zur Eskalation der jeweiligen Gedankenschleifen führen kann, weil sie vorschreibt, was zu tun ist; wie etwa: „Wenn ein xy-Sorgen-Problem auftaucht, mache dir solange Gedanken, bis du es gelöst hast“.

Bei den *expliziten, deklarativen Metakognitionen* werden *positive und negative unterschieden*. Die *positiven* können als Anreize bezeichnet werden, die zur pathogenen Auseinandersetzung mit bedrohungsassoziierten Gedanken motivieren, wie z. B. „Sich darüber Gedanken zu machen, wird mir helfen“. Positive Metakognitionen geben den Anstoß, die Begründung und motivieren dazu, sich mit bestimmten kognitiven Inhalten, in unserem Fall Bedrohungsassoziationen, zu beschäftigen.

Die *negativen Metakognitionen* prägen den Eindruck der vermeintlichen Unkontrollierbarkeit und Schädlichkeit bedrohungsassoziierten Gedankenketten („Wenn sich das Gedankenkarussell dreht, komme ich da nicht mehr raus.“ „Irgendwann drehe ich deswegen noch durch.“ „Ich merke meine Gedanken gar nicht, irgendwann bin ich komplett darin gefangen.“ „Je mehr Probleme ich habe, umso schlechter kann ich abschalten.“).

Negative Metakognitionen werden als die zentral therapierelevanten betrachtet, weil sie für den Kontrollverlust und das damit einhergehende rigide Verhaftetsein in den typischen symptomatischen, bedrohungs-zentrierten Erlebens- und Verhaltensweisen verantwortlich sind. Nach der metakognitiven Therapietheorie bedingen die Metakognitionen die Störung, weil sie kognitive Steuerungskompetenzen einschränken (Wells & Matthews, 2015). Sie zwingen immer wieder zur Auseinandersetzung mit vermeintlich bedrohlichen Themen (pos. MK) und verursachen die damit einhergehende Hilf-

losigkeit aufgrund des vermeintlichen Kontrollverlusts (neg. MK).

Weder die negativen automatischen Gedanken noch die negativen Erlebnisse bedingen die Pathologie, sondern der eingebilddete Kontrollverlust über die Gedankengänge und Assoziationsketten. Die kognitive und motorische Reaktionsdynamik auf Gedanken verursacht die Störung. (Eine Skizze empirischer Bestätigungen dieser Modellvorstellung findet sich bei Hjemdal et al., 2013, S. 302 f.)

Metakognitives Erleben ist der *situative* Eindruck („state“; vgl. z. B. Laux et al., 1981), den man in Bezug auf seinen aktuellen psychophysischen Zustand hat („Das habe ich jetzt, glaube ich, nicht richtig verstanden.“ „Irgendwie rede ich mich gerade um Kopf und Kragen.“ „Irgendwas stimmt mit mir nicht.“).

In der Theorie der Metakognitiven Therapie trägt metakognitives Erleben (hier: Sorgen über Sorgen, „Typ-2-Sorgen“) dazu bei, sich mit negativen Gedanken zu beschäftigen, um letztlich zu einer Lösung zu kommen. Das metakognitive Bedrohungserleben („*Ich sorge mich zu sehr.*“ „*Das tut mir gar nicht gut.*“ „*Ich komme da nicht raus.*“) wird aber verstärkt, weil die Sorgenschleifen weder zu Lösungen führen noch zu enden scheinen.

Metakognitive Strategien entstehen *situativ* aus der Bestrebung, sich mit seinen (negativen) Gedanken und Gefühlen so zu beschäftigen oder sie so zu bewältigen, dass sie ihren unangenehmen Druck im Rahmen des akuten metakognitiven Erlebens verlieren. Diese Strategien führen, in unserem Fall bei aversiven Erlebnisinhalten, zu einer Intensivierung und Persistenz der Gedanken, da man unpräzise Sorgeninhalte nicht dadurch auflösen kann, indem man sich ihnen ausgiebig widmet. Solche Strategien können Gedankenunterdrückungsversuche und Selbstberuhigungsstrategien sein. Sie hel-

fen aber nur bis zum nächsten bedrohlichen Gegenargument und verfestigen das akute metakognitive Erleben und die metakognitive Annahme, den bedrohungsbezogenen Gedankengängen ausgeliefert zu sein, Gedanken nicht kontrollieren zu können. Daraus folgen neue Denk- und Handlungsstrategien, die die Bedrohungsfixierung weiter steigern.

Psychische Störungen werden hier nicht über die störungsspezifisch negativen kognitiven Inhalte konzipiert, sondern über die Ursachen und Folgen einer pathogenen, metakognitiv gelenkten Aufmerksamkeitssteuerung. Metakognitive Strategien werden aus dem prozeduralen metakognitiven Wissensspeicher abgeleitet.

MODI DES ERLEBENS

Die metakognitive Theorie unterscheidet zwei Betrachtungsweisen kognitiver Ereignisse (Wells, 2009). In aller Regel machen wir uns nicht bewusst, dass Erlebnisinhalte Gedanken, Vorgänge im Gehirn sind, sondern setzen sie mit unserem Erleben, mit der „Wirklichkeit“ gleich. Wells bezeichnet diese Art des Denkens als Denken im „Objektmodus“ (*object mode*); der Gedanke wird mit dem Gedachten automatisch gleichgesetzt. Wir vergegenständlichen, objektivieren Gedanken: „*Morgens im Bett steigere ich mich immer in Dinge rein.*“ „*Ich führe Selbstgespräche, als wäre jemand im Raum, um mit mir zu diskutieren.*“

Im Gegensatz hierzu steht der „metakognitive Modus“ (*metacognitive mode*), der sich dadurch auszeichnet, dass Gedanken und andere Erlebnisinhalte bewusst, distanziert als Vorgänge im Gehirn betrachtet werden. Kognitionen können genauso mit Abstand als Phänomen unserer Innenwelt betrachtet werden, wie wir das in Bezug auf Phänomene unserer Außenwelt tun.

Anders als in der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie wird nicht die Akkuratessse oder Relevanz von Gedanken betrachtet und disputiert, sondern die situative und bewusste Wahrnehmung deren Abstraktheit eingeübt. Die Folge davon besteht in der Kontrollierbarkeit der Reaktion darauf; es sind erst einmal nur Gedanken („Was, wenn es Krieg gibt?“).

Ziel des Lernprozesses in der Therapie ist es, jederzeit einen metakognitiven Modus herstellen zu können. Durch die hieraus entstehende Erweiterung impliziten, prozessbezogenen metakognitiven Wissens (s. o.) wird das Spektrum von „Denkregeln“ erweitert, um akute pathologische Denkspiralen zu beenden. Eine Technik, dies zu erreichen, besteht in der distanzierten Betrachtung kognitiver Prozesse.

Wells bezeichnet dies als „Detached Mindfulness“ (2009, S. 8). *Mindfulness* wird definiert als prinzipielle Bewusstheit darüber, dass Kognitionen nicht mehr sind als zunächst einmal flüchtige Vorgänge im Gehirn. *Detached* bezieht sich auf zwei Aspekte des Umgangs mit diesen flüchtigen Vorgängen: Das Bewusstsein darüber, dass man Erlebnisinhalte als solche teilnahmslos betrachten kann, und die darauf aufbauende Fähigkeit, jegliches inhaltliche oder bewältigungsmotivierte „Einsteigen“ auf diese Kognitionen zu bemerken und unterlassen zu können.

Die Trennung des Selbsterlebens einer Person von der Wahrnehmung ihrer Kognitionen soll in der MKT die Distanzierung von gedanklichen Vorgängen erleichtern: Das Erleben, Denken („*Meine Sorgen fressen mich auf*“) ist von der Person der Erlebenden zu unterscheiden. Wenn wir uns bewusst machen, dass wir unsere Gedanken und inneren Bilder (S_{intern}) genauso unabhängig von unserem Selbsterleben betrachten können wie äußere Stimuli (S_{extern}), können wir entschei-

den, ob wir uns damit beschäftigen wollen oder nicht ($S_{\text{intern}}^D - R?$).

Die Selbstregulation wird also dadurch steuerbar, dass wir Kognitionen nicht selbstverständlich als ich-synton begreifen. Dadurch kann die Relevanz eines „negativen“ Gedankens in Bezug auf Selbstregulationsprozesse mit Abstand geprüft werden. Er beeinflusst dann nicht mehr unmittelbar die Selbstreflexion und -regulation, sondern wird durch die unbeteiligte Betrachtung als Abstraktum wahrnehmbar und kann dadurch in seiner Auswirkung auf Reaktionen wie z. B. Selbststeuerungsprozesse hinterfragt und auch ignoriert werden.

Die Integration der bis hierher skizzierten Komponenten und Prozesse geschieht im metakognitiven Modell psychischer Störungen mittels eines Modells der Selbststeuerung, das als „Self-Regulatory Executive Function Model“ (S-REF) bezeichnet wird (Wells, 2009, 2019; Wells & Matthews, 2015).

3

DIE STEUERUNG VON SELBSTREGULATIONSPROZESSEN: DAS „SELF-REGULATORY EXECUTIVE FUNCTION MODEL“ (S-REF)

Wells (2019) konzipierte dieses Modell, um die metakognitiven Grundlagen psychischer Störungen im Ablauf zu beschreiben und die einzelnen Komponenten empirisch überprüfbar zu operationalisieren.

Die Aktivierung des S-REF durch Impulse kann sich als plötzliche Aufmerksamkeitsausrichtung auf internale Reize (kognitiver oder physiologischer Art) zeigen. Das Ziel der Selbstregulation besteht dann darin, den im Rahmen dieses Interzeptionsprozesses empfundenen, akut als nicht stimmig erlebten Zustand zu korrigieren. Sowohl bei einer normalen

als auch bei einer pathogenen Selbstregulation wird ein Selbstregulationsprozess durch Selbstaufmerksamkeitsprozesse initiiert, die durch „auffällige“ Erlebnis-inhalte (kognitiv, emotional, physiologisch) ausgelöst werden. Solche Diskrepanzen zwischen Ist- und Sollzustand können als metakognitives Erleben spürbar werden (z. B. als Verunsicherung, als schlechtes Gewissen, als körperliches Missempfinden etc.; Wells & Matthews, 2015).

Eine derartige Fehlermeldung in der Selbstwahrnehmung wirkt sich dann nicht pathogen aus, wenn sie zum erfolgreichen Abschluss des aktuellen Plans der Selbstregulation führt (z. B. Nachfragen, wenn etwas nicht verstanden wurde; eine Entschuldigung anbieten; eine Entspannungsübung machen) oder im Fall einer fehlenden Korrekturperspektive einfach beendet werden kann („Gedanken lassen sich ignorieren“).

Im Sinne einer TOTE-Einheit (Test-Operation-Test-Exit; Miller et al., 1960; Wells & Matthews, 2015) wird der planvolle Selbstregulationsprozess solange fortgesetzt und modifiziert, bis der Referenzzustand erreicht oder die Diskrepanz zwischen aktueller Selbstwahrnehmung und gewünschter möglichst klein ist. Sobald eine solche Kalibrierung erfolgt ist, verringert sich die Selbstaufmerksamkeit, weil das akute „unangenehme“ metakognitive Erleben verschwunden ist. Im Verlauf dieses Prozesses beeinflusst die Einschätzung der Verfügbarkeit von handlungs- und emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien die Wahl und den Einsatz der korrigierenden Strategien (Lazarus & Folkman, 1984; Wells & Matthews, 2015).

Im S-REF werden drei Ebenen konkretisiert (Abbildung 1):

- das Meta-System mit metakognitiven Denk-, Wahrnehmungs- und Steuerungsinhalten, die aus dem Langzeitgedächtnis abgerufen werden und die

Kontrolle der symptomatischen Aufmerksamkeits- und Verhaltensstrategien bis hin zur Beeinflussung der aktuellen Informationsverarbeitung übernehmen,

- akutes, bewusstes Verarbeiten von Gedanken und Verhalten, bestimmt durch individuelle kognitive Stile,
- automatische, reflexhafte Informationsverarbeitung.

Die im S-REF darstellbaren pathologischen Abläufe führen von der flexiblen Steuerung weg zu rigiden, sich im Kreis drehenden, bedrohungsfixierten Aufmerksamkeits- und Verhaltensanstrengungen („toxischer Stil“). Sorgen und Grübeln werden zu Prozessen, die zu einem scheinbar unkontrollierbaren Syndrom führen; ein „Exit“ scheint nicht mehr möglich.

Zur empirischen Überprüfung dieser Modellvorstellung wurden spezifische Messinstrumente entwickelt. Das gebräuchlichste Inventar hierzu ist der MCQ (Metacognitions Questionnaire; Wells, 2009, 2019; Wells & Cartwright-Hatton, 2004), der fünf Dimensionen metakognitiver Inhalte und Steuerungsprozesse operationalisiert:

- negative Annahmen über die Unkontrollierbarkeit und Gefährlichkeit von Gedanken („Wenn das Grübeln losgeht, kann ich das nicht mehr stoppen.“),
- positive Annahmen über Sorgen („Sorgen helfen mir, zukünftige Ereignisse besser zu bewältigen“),
- Vertrauen in das eigene Erleben („Ich habe ein schlechtes Gedächtnis.“),
- Bedürfnis nach gedanklicher Kontrolle („Gedanken sagen viel über mich aus.“),
- gedankliche Selbstaufmerksamkeit („Ich kontrolliere immer, was mir durch den Kopf geht.“).

Diese fünf Dimensionen operationalisieren die deklarativen metakognitiven

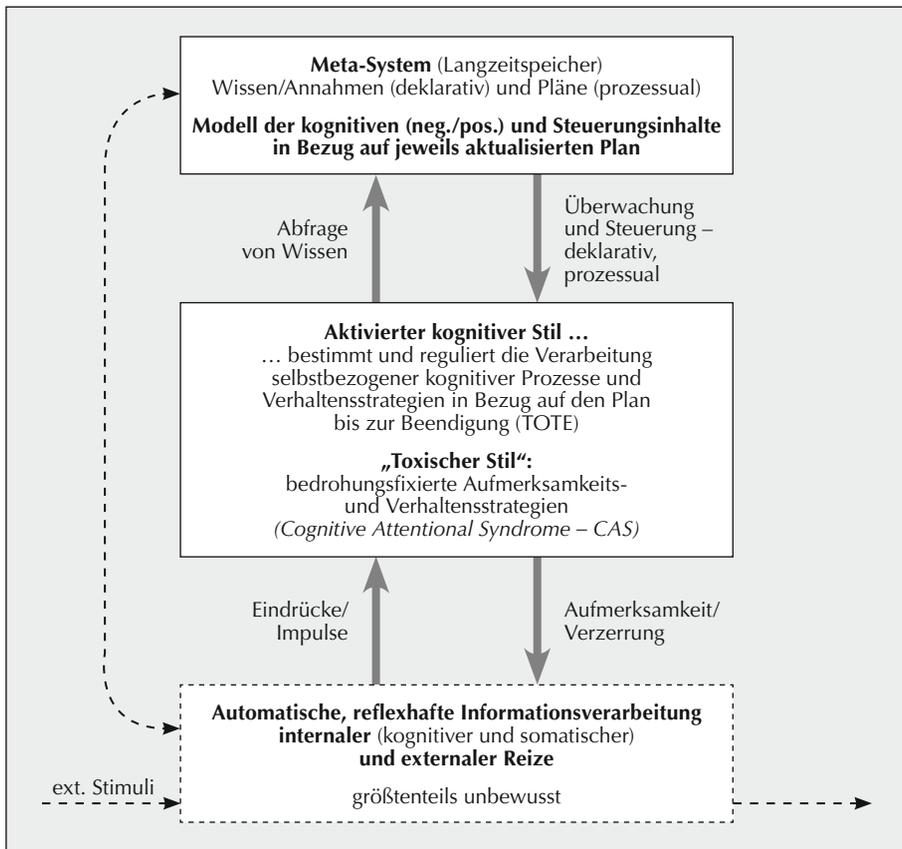


Abbildung 1: S-REF-Modell in Anlehnung an Exner und Hansmeier (2020), Wells (2009), Wells und Matthews (2015)

Annahmen über das Denken und ihre Verbindung zu prozeduralen Metakognitionen im Hinblick auf die pathogenen Abläufe (Wells, 2019). Eine Kurzversion, der MCQ-30 wurde auch in einer deutschen Fassung (MKF-30) psychometrisch untersucht und als valides und reliables Messinstrument bestätigt (Arndt et al., 2011).

Zentral für die MKT ist die Grundlegung symptomatischen Verhaltens mittels eines toxischen kognitiven Stils im S-REF-Modell, den Wells „Cognitive Attentional Syndrome“ (CAS) nennt. Das CAS wird durch negative und positive Metakognitionen verursacht.

4

DAS KOGNITIVE AUFMERKSAMKEITSSYNDROM („COGNITIVE ATTENTIONAL SYNDROME“ – CAS)

Das Kognitive Aufmerksamkeitssyndrom (KAS) besteht aus dem Erleben scheinbar unkontrollierbarer Grübel- und Sorgen-schleifen, andauernden Zweifels oder Haderns, in deren Folge es zu einer Bedrohungsfixierung kommt, die weitere pathologische Symptome erzeugt und verfestigt. Zum KAS gehören entsprechend auch syndromale, langfristig dysfunktionale Sicherheitsverhaltensweisen

wie Gedankenunterdrückung, Vermeidung von Trigger-Situationen, Substanzmissbrauch oder andere kurzfristig ablenkend wirkende Verhaltensexzesse wie extreme sportliche Betätigung.

Da sich die Gedankenschleifen dadurch aber höchstens kurzfristig aus dem Aufmerksamkeitsfokus verbannen lassen, bestätigt sich das metakognitive Erleben, sie seien unkontrollierbar. Das Hineinsteigern verhindert die Erfahrung, dass Gedanken dann aus dem Bewusstsein verschwinden, wenn man sich nicht mit ihnen beschäftigt. Die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Bedrohungskognitionen führt zu deren Persistenz, obwohl sie mit der Absicht stattfindet, die aversiven Gedanken und Bilder zu verbannen. Die im S-REF operationalisierten Prozesse, die eigentlich die Funktion haben, empfundene innere Diskrepanzen aufzulösen, finden infolge des KAS keinen Ausgang.

Alternative Erlebnisinhalte werden unwahrscheinlich, weil bedrohungsbezogene Informationen bevorzugt beachtet und ausgiebig weiterverarbeitet werden. Dementsprechend kommt es durch diese Fokussierung auch akut zu einer Einschränkung der Informationsverarbeitungskapazität in Bezug auf andere, nicht zur Bedrohungsassoziation gehörende Reize (Wells & Matthews, 2015). Das metakognitive Erleben der Unkontrollierbarkeit der bedrohungsbezogenen Gedankenschleifen wird intensiviert. Infolge der erlebten verhaltens- und erlebnisbezogenen Einengung und Fixierung auf die bedrohlichen Kognitionen entstehen die pathologischen Symptome (Wells, 2009, 2019).

Die im Verlauf dieses „Hohldrehens“ entstehenden symptomatischen emotionalen und physiologischen Reaktionen werden in der Metakognitiven Therapie nicht zum Interventionsziel, weil sie lediglich als Epiphänomen vorausgehender

metakognitiver Fehlsteuerung verstanden werden (Wells, 2009). – Das Auflösen der pathogenen metakognitiven Annahmen führt zur Flexibilisierung der Aufmerksamkeit und damit auch zum Abklingen von $R_{emot.}$ und $R_{phys.}$

5 DIAGNOSTISCHE ASPEKTE

Nach der ICD-11 (Code 6B00) ist die generalisierte Angststörung gekennzeichnet durch

„ausgeprägte Angstsymptome, die mindestens mehrere Monate lang an mehr als einem Tag anhalten und sich entweder in allgemeiner Besorgnis (d. h. „frei schwebende Angst“) oder in übermäßiger Besorgnis äußern, die sich auf mehrere alltägliche Ereignisse konzentriert, die meist die Familie, die Gesundheit, die Finanzen und die Schule oder den Beruf betreffen, zusammen mit zusätzlichen Symptomen wie Muskelverspannungen oder motorische Unruhe, sympathische autonome Überaktivität, subjektives Erleben von Nervosität, Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Konzentration, Reizbarkeit oder Schlafstörung.

Die Symptome führen zu erheblichem Leidensdruck oder erheblicher Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Die Symptome sind nicht Ausdruck eines anderen Gesundheitszustands und sind nicht auf die Wirkung einer Substanz oder einer Medikation auf das zentrale Nervensystem zurückzuführen.“ (BfArM, 2023)

Allen gegenwärtig diskutierten spezifischen Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung der GAS ist gemeinsam, dass die Betroffenen exzessiv durchaus realistische Sorgen erleben (Gerlach & Gloster, 2021; Plag & Hoyer, 2019). Sorgen beziehen sich auf zukünftige Gegebenheiten mit ungewissem Ausgang und gehen mit ängstlichen Erwartungen und Anspannung einher. Sie werden im Vergleich zu Zwangsvorstellungen als icht-synton, realitätsnäher, schwerer aufzulösen, ablenkender und länger andauernd beschrieben; sie sind auch stärker mit der subjektiven Notwendigkeit, handeln zu müssen, verknüpft (Borkovec et al., 2004; Wells, 2004, 2009). Dabei unterscheiden sich die Sorgeninhalte und die Art des Sich-Sorgens nicht von den Sorgen bei Gesunden, sie werden aber als intensiver und unkontrollierbarer erlebt (Wells, 2009; Plag & Hoyer, 2019; Ruscio & Borkovec, 2004).

Weitere diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte sind häufig publiziert (vgl. Hoyer & Knappe, in diesem Heft; Plag & Hoyer, 2019), weshalb an dieser Stelle auf einen ausführlicheren Überblick verzichtet wird.

6 METAKOGNITIVE THERAPIE DER GAS

6.1 TRIGGER UND SORGENPROZESS

Das metakognitive Modell psychischer Störungen kennzeichnet Sorgen, Grübeln und andere Arten bedrohungsbezogener Gedankenschleifen als zentralen Aspekt des kognitiven Aufmerksamkeitsyndroms (KAS). Entsprechend stellt Wells die GAS als Archetyp des kognitiven Aufmerksamkeitsyndroms (KAS) dar. Die Anwendung der MKT auf diese Störung

kann als Blaupause für das transdiagnostische Verständnis und den therapeutischen Umgang mit allen vermeintlich unkontrollierbaren Gedankenschleifen rezipiert werden (Wells, 2009).

Sorgenprozesse bei der GAS unterscheiden sich von nicht-pathogenen Sorgenprozessen durch zusätzliche negative Gedanken und Annahmen über das Sich-Sorgen. Da die Metakognitive Therapie darauf abzielt, kognitive Prozesssteuerungen zu regulieren, liegt der Behandlungsfokus auf der vermeintlichen Unkontrollierbarkeit und dem damit einhergehenden intensivierten Erleben der Sorgen von GAS-Betroffenen. Was unter „Kontrolle“ von Sorgen zu verstehen ist und worin sich effektive von ineffektiven Methoden unterscheiden, ist in der MKT essentiell (a.a.O.).

Wells (2004, 2009) beschreibt Sich-Sorgen als einen bedächtigen, sorgfältigen kognitiven Verarbeitungsprozess, in dessen Verlauf potenziell problematische Aspekte der nahen Zukunft betrachtet und mögliche Bewältigungsschritte ventiliert werden. Dabei ist er leicht über internale und externale Rückmeldungen und Reflexionen modifizierbar (vgl. S-REF-Modell). Das bedeutet auch, dass Sorgenprozesse prinzipiell willentlich lenkbar sind, auch wenn das nicht immer bewusst passiert oder bewusst wird.

Unterschieden werden Sorgen von einschließenden Gedanken, die unwillkürlich auftreten und dann Sorgenprozesse triggern. Das Sich-Sorgen als Prozess des Sich-Beschäftigens mit dem Trigger ist hier von dem genau diesen Prozess auslösenden Triggergedanken zu trennen.

Das erste Ziel der MKT besteht darin, die pathogene, Sorgenprozesse auslösende kognitive Reaktion auf den Trigger zu löschen oder zumindest abzuschwächen und damit den Verlauf des Sorgenprozesses kontrollierbar zu machen. „Kontrol-

lierbar“ bedeutet hier, Ort, Zeit, Dauer und Intensität der Beschäftigung mit dem intrusiven Triggergedanken souverän bestimmen zu können. Von daher geht es niemals um die Kontrolle des Auftretens von Triggergedanken, sondern immer nur um die Kontrolle der Beschäftigung damit (Wells, 2009).

6.2 DAS METAKOGNITIVE MODELL DER GAS

Alle Sorgen beginnen als Bewältigungsvorbereitung in Reaktion auf einen bedrohlich erscheinenden Trigger-Gedanken, der als „Was, wenn...?“-Frage formuliert werden kann, wie z. B.: „Was, wenn unser Geld nicht reicht?“ Eine derartige gedankliche Auseinandersetzung

ist nicht pathogen, solange die Person ihre Reflexion über diesen Erlebnisinhalt als hilfreich und beherrschbar erlebt. Auch das Ausmaß des Sich-Sorgens ist kein Indikator für Pathologie; es gibt Menschen, die sich genauso stark sorgen wie GAS-PatientInnen, ohne eine Angststörung zu entwickeln (Ruscio & Borkovec, 2004).

In unserem Beispiel (Tabelle 1) wird der Sorgenprozess um finanzielle Probleme von dem Gedanken: *Was, wenn unser Geld nicht reicht?!* getriggert. Das inhaltliche Einsteigen, das Sich-Sorgen, ist durch die positive Metakognition geendet, besser vorbereitet zu sein, wenn man sich mit Sorgeninhalten beschäftigt. Die Sorgen über konkrete Probleme werden in der MKT als „Typ-1-Sorge“ bezeichnet (Wells, 2009).

Tabelle 1: *Fallbeispiel – Komponenten des Fallkonzepts*

- (1) Person A. hat im Rahmen einer Nachrichtensendung den Gedanken: „Was, wenn unser Geld nicht reicht?“
- (2) In Reaktion auf diesen erschreckenden Einfall beginnt A. zu grübeln, was dann wohl wäre: „Oh Gott, wir verlieren unsere Wohnung; wir liegen den Kindern auf der Tasche; unser ganzes Leben würde kippen; wir waren all die Jahre zu leichtfertig im Umgang mit Geld und jetzt ist es zu spät, noch etwas zu retten...“
- (3) Sie bekommt Angst, erlebt eine massive Hilflosigkeit und Verzweiflung, wird unruhig, kann in der Nacht nicht schlafen...
- (4) In der Nacht bekommt A. im Rahmen des „Gedankenkarussells“ das Gefühl, nicht mehr von den quälenden Gedanken loszukommen und macht sich Gedanken darüber, was wohl passiert, wenn sie morgen Nacht wieder nicht einschlafen kann und tagsüber immer nervöser wird.
- (5) Es erscheint A. plausibel, dass das auf Dauer krank macht, und gleichzeitig hat sie den Eindruck, dass sie nur über Ablenkung von den Gedanken loskommt, dass die Gedanken anders nicht zu kontrollieren sind (neg. MK).
- (6) Gleichzeitig erlebt sie es als Notwendigkeit, sich mit dem Problem zu beschäftigen, weil es ja wirklich sein kann, dass bei zunehmenden Kosten und Hypothekenzinsen das Geld nicht reicht (pos. MK).
- (7) Entsprechend überdenkt sie Strategien im Umgang mit Worst-Case-Szenarien. Im Bekanntenkreis versucht sie sich bei Gesprächen über Finanzen abzulenken, indem sie die Angstgedanken unterdrückt („ich muss wenigstens jetzt aufhören, darüber nachzudenken, sonst drehe ich noch vor den Leuten durch“), versucht Selbstbeschwichtigungen („vielleicht ist das auch alles übertrieben“)
- (8) Gleichzeitig hört sie auf, Nachrichten zu hören, und beschäftigt sich mit Kreditangeboten (surft im Internet), erstellt Listen von Besitztümern, die man verkaufen könnte...

Anmerkungen: MK = Metakognitionen

Das Kognitive Aufmerksamkeitsyndrom (KAS) besteht hier aus den Punkten 2, 4, 7 und 8.

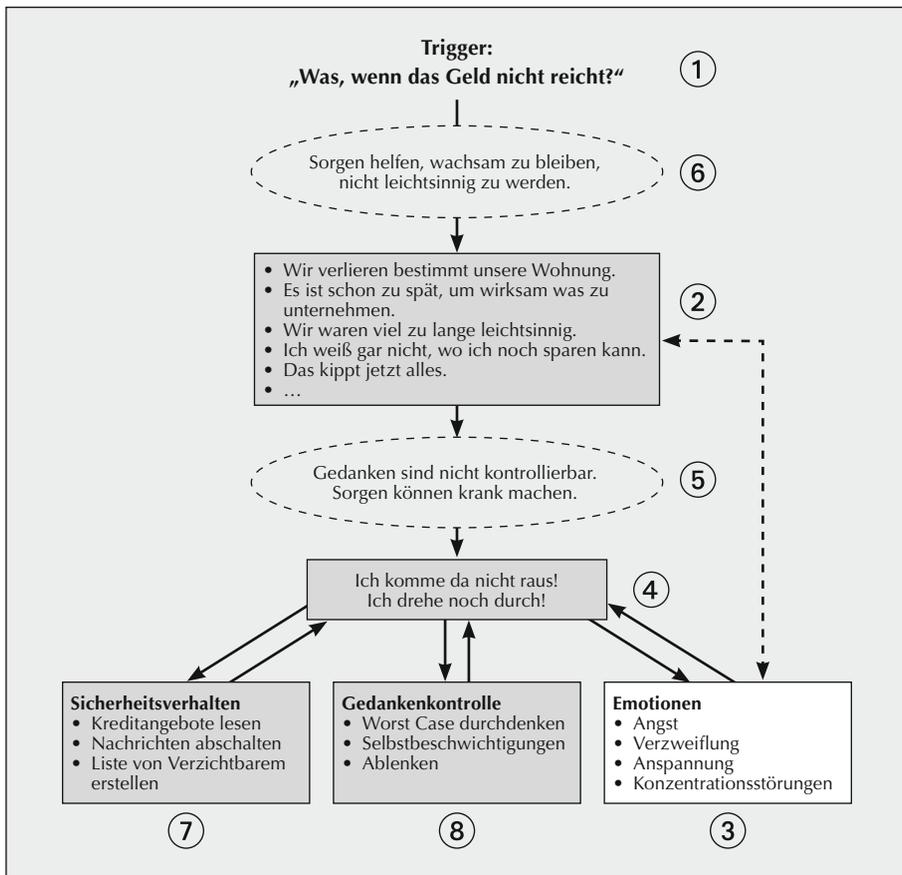


Abbildung 2: Fallkonzept in Anlehnung an Wells (2009, S. 96)

Das Gefühl hilflosen Ausgeliefertseins ergibt sich aus dem akuten metakognitiven Erleben des Kontrollverlusts (Typ-2-Sorge): *Ich drehe noch durch; ich komme da nicht raus!* Diese Ängste werden weiter geschürt, weil sie in den betreffenden negativen Metakognitionen fundiert sind (*Gedanken sind nicht kontrollierbar; Sorgen können krank machen*). Sie verunmöglichen die Sicht darauf, sich einfach mit etwas Anderem zu beschäftigen, wenn man nicht weiterkommt. – Eine Strategie, die die Betroffenen zumeist aus anderen Lebensbereichen kennen und dort auch erfolgreich umsetzen. Die

Wirkmacht der deklarativen negativen Metakognitionen ist kontextabhängig.

Sobald die negativen Metakognitionen aktiv sind, erleben die Betroffenen den Sorgenprozess als bedrohlich: Sie ängstigen sich über ihre Besorgnis, was die Angst vor Kontrollverlust verstärkt und zur Exacerbation der Symptomatik führt. Aufgrund der dysfunktionalen, syndromalen Selbstregulationsabläufe (S-REF), bestimmt durch das KAS (Typ-1-Sorgenschleifen, Typ-2-Sorgen, Gedankenkontrolle und Sicherheitsverhalten), wird das distanzlose, multifaktorielle Bedrohungs-erleben aufrechterhalten und keine der

metakognitiven Annahmen kann einfach als Hypothese wahrgenommen, getestet und falsifiziert werden.

Der Einfluss der negativen Metakognitionen wird aus diesem Grund als zentral für den Entstehungsprozess der GAS angesehen (Hjemdal et al., 2013; Nordahl et al., 2022; Wells, 2009).

Wie in dem Beispiel (Abbildung 2) ersichtlich, führt die Typ-2-Sorge (4.) außer zu vermehrter Angst (3.) zu weiteren bedrohungsfixierenden KAS-Strategien: (7.) auf Handlungsebene („behavioral responses“) und (8.) in Bezug auf die Kontrolle/Unterdrückung möglicher Triggergedanken („thought control strategies“) (Wells, 2009, S. 93).

Auf Handlungsebene wird die Kontrolle der exazerbierten Sorgenschleifen an äußere Faktoren (Troost im potenziellen Verkauf von Besitztümern und Vermeidung von Triggersituationen) abgegeben. Darin bestätigt sich der vermeintliche Kontrollverlust über die Sorgenschleifen.

Die Gedankenkontrollstrategien finden auf zwei Arten statt. Als Gedankenunterdrückungsversuche (*Auf keinen Fall an Obdachlosigkeit denken!*) und, wenn der Sorgenprozess bereits begonnen hat, als Versuche, die Sorgen bis zum Ende zu durchdenken oder sich durch Selbstgespräche zu beruhigen (*Wird bestimmt nicht so schlimm*).

Beide Strategien führen aber dazu, sich doch wieder mit der Typ-1-Sorge zu beschäftigen und damit zur Aggravation der Typ-2-Sorge, des akuten bedrohlichen metakognitiven Erlebens. Die Wahrnehmung, dass die ganzen Sorgenschleifen ab einem gewissen Punkt keine konstruktiven Erkenntnisse mehr zeitigen und deshalb abgebrochen werden sollten, wird durch die zunehmende Distanzierungsunfähigkeit verhindert und das Erleben der Unkontrollierbarkeit verstärkt. Dieser Prozess kann noch dadurch verstetigt werden, dass die Betroffenen

glauben, sie handelten verantwortungslos, wenn sie sich nicht so intensiv sorgen (pos. Metakognition), oder dass das Sich-Sorgen einfach zu ihrer Persönlichkeit (neg. MK: *Das ist genetisch*) gehört (Wells, 2009).

6.3

DIE BEHANDLUNGSSCHRITTE

Die Metakognitive Therapie folgt einem klar gegliederten, schrittweisen Vorgehen. Die hierfür notwendige Anzahl der Sitzungen ist wie üblich abhängig von Auffassungsfähigkeit, Veränderungs motivation und Compliance bei der Erledigung von Hausaufgaben auf PatientInnenseite sowie von Erfahrung und MKT-spezifischen Fertigkeiten auf TherapeutInnenseite.

Es werden folgende Behandlungsschritte vorgeschlagen (Wells, 2009; Korn et al., 2012):

1. Fallkonzept erstellen,
2. Vertrautmachen mit dem metakognitiven Vorgehen,
3. negative Metakognitionen über Unkontrollierbarkeit infrage stellen,
4. negative Metakognitionen über die Gefährlichkeit von Sorgenprozessen infrage stellen,
5. positive Metakognitionen über das Sich-Sorgen infrage stellen,
6. neue Strategien der Sorgenverarbeitung festigen,
7. Rückfallprophylaxe.

In Bezug auf die jeweiligen Hausaufgaben wird empfohlen, zu jeder Sitzung die „Skala zur Generalisierten Angststörung – GADS-R“ (Wells, 2011) neu ausgefüllt mitzubringen, um einleitend zu besprechen, welche Metakognitionen kritisch adressiert werden müssen. Die GADS-R und weitere, ebenfalls zur Verlaufsdagnostik geeignete Inventare finden sich in der deutschen Übersetzung bei Wells (2011).

AD 1: FALLKONZEPT

Ausgehend von einem möglichst aktuellen Sorgenprozess wird das Fallkonzept erstellt. Im Unterschied zu einem KVT-Vorgehen werden bei der Exploration des Sorgenprozesses äußere situative Auslöser ($S^D_{ext.}$) nicht berücksichtigt. Zentral sind die Trigger-Gedanken ($S^D_{int.}$), weil in der MKT die individuelle Reaktion darauf den pathologischen Prozess (KAS) ausmacht.

Es sollte möglichst konkret exploriert, auf Abstraktionen verzichtet werden.

Die Reihenfolge der Fragen ist festgelegt und entspricht der Reihenfolge der Nummerierung im obigen Beispiel (Abbildung 2). Am Ende dieser Exploration sollte das gesamte Fallkonzept schriftlich am Whiteboard dargestellt sein.

Zunächst wird der Triggergedanke (1.) erfragt, dann die direkten kognitiven Reaktionen (Typ-1-Sorgen) darauf (2.). Schon hier sollte den PatientInnen deutlich werden, dass das gedankliche Einsteigen auf den Triggergedanken (Typ-1-Sorgen) vom Triggergedanken als solchem zu trennen ist.

Die durch den Sorgenprozess ausgelösten physiologischen und emotionalen Reaktionen ($R_{phys.}$ und $R_{emot.}$) werden als Begleitsymptome notiert (3.).

Im nächsten Schritt werden die Typ-2-Sorgen exploriert (4.). Typ-2-Sorgen sind im Sinne akuten metakognitiven Erlebens erfahrbar. Meist kann auf genaues Nachfragen, wie diese ganzen Sorgengedanken situativ erlebt werden, ein Bedrohungsgedanke formuliert werden (*ich drehe noch durch*). Häufig kommen die Kontrollverlustsorgen (*ich komme da nicht raus*) nur implizit im Rahmen der Exploration der Gefahrensorgen zum Ausdruck und müssen dann durch genaueres Nachfragen herausgearbeitet werden (Hjemdal et al., 2013).

Als Resultat der Formulierung der Typ-2-Sorgen (metakognitives Erleben) werden die entsprechenden negativen Metakognitionen (metakognitives Wissen/Annahmen) gemeinsam induktiv erschlossen (5.) und erklärt.

Die genaue Herausarbeitung der negativen Metakognitionen (5.), insbesondere bezüglich des vermeintlichen Kontrollverlusts, ist zentral für die weitere Therapie, weil ein Bewusstsein dafür entstehen muss, dass es in der Therapie im ersten Schritt immer um die Entkräftung des Erlebens geht, die Gedanken seien nicht kontrollierbar.

Die negativen Metakognitionen sind der Dreh- und Angelpunkt der Therapie. Metakognitionen in Bezug auf die Unkontrollierbarkeit von Gedanken sind transdiagnostisch immer vorhanden, auch wenn sie häufig zunächst nur implizit in PatientInnenaussagen zum Ausdruck kommen. Metakognitionen über deren Gefährlichkeit sind typisch für die GAS (Wells, 2009).

Um die Unkontrollierbarkeits-MK bewusst zugänglich zu machen, kann etwa die Frage helfen, wieso man sich von den Gedanken ablenken muss, statt einfach aufzuhören, darüber nachzudenken (z. B. indem Alltagssituationen exploriert werden, in denen es einfach gelingt aufzuhören, sich mit Etwas gedanklich zu beschäftigen, weil die Erkenntnis vorhanden ist, dass es nichts mehr bringt); oder es wird eruiert, worin die Nachteile des Sich-Sorgens bestehen (Nachteile können nur dann entstehen, wenn ein Sorgenprozess als nicht kontrollierbar empfunden wird).

In Bezug auf die Bedrohungs-MK kann es helfen, mit den PatientInnen ein Worst-Case-Szenario der Sorgeneffekte zu explorieren (z. B. *Was kann schlimmstenfalls passieren, wenn Sie sich weiter so sorgen?*; Wells, 2009).

Wichtig ist, dass die Betroffenen die Auswirkungen der negativen Metakognitionen wirklich verstehen. Bevor das nicht der Fall ist, sollte die Fallkonzeption nicht weitergeführt werden. Die PatientInnen sollten an dieser Stelle beginnen zu begreifen, wie sehr sie sich von dem Sorgenprozess beherrscht fühlen und dass ihre Sicherheitsstrategien (7. und 8.) die Folge ihrer Hilflosigkeit in Reaktion auf die vermeintliche Unkontrollierbarkeit des Sich-Sorgens sind.

Die Bestimmung der positiven Metakognitionen (6.) ist für ausgebildete KV-TherapeutInnen Routine, handelt es sich doch hierbei um einen hedonistischen sokratischen Dialog (z. B. Wilken, 2015). Die KVT-Gewohnheit, diesen Diskurs sehr intensiv zu führen (Was haben Sie davon, sich zu sorgen?), führt leicht zur Versuchung, den Sinn und Wert des Triggergedankens und der Typ-1-Sorgen zu reflektieren und damit in hier störende, klassische KVT-Disputationen zu geraten. Die Exploration der positiven Metakognitionen dient hier dem Aufbau von Verständnis, warum man immer wieder auf die gleichen Triggergedanken anspringt und welche Haltung dazu motiviert (*wenn ich mich Sorge, bin ich besser vorbereitet*). Es findet keine realitätsbezogene inhaltliche Diskussion, wie z. B. über Wahrscheinlichkeiten, statt.

Die Exploration der handlungsbezogenen Bewältigungsversuche (7. – behavioral responses) und der Gedankenkontrollen (8. – thought control strategies) geschieht ähnlich wie in einer KVT-Sitzung bei einer klassischen Verhaltensanalyse von $R_{mot.}$ und $R_{kogn.}$ (z. B. Kanfer & Saslow, 1965). Im Rahmen der hier erarbeiteten Fallkonzeption wird primär der symptomverstärkende Effekt dieser beiden Sicherheitsstrategien herausgearbeitet: Deren kurzfristige negative Verstärkung führt zur Persistenz der Typ-2-Sorgen.

AD 2: VERTRAUMACHEN MIT DEM METAKOGNITIVEN VORGEHEN

Eigentlich beginnt das Vertrautwerden schon während der Arbeit am Fallkonzept. Das Vertrautmachen gliedert Wells (2009) in den folgenden Schritten:

1. Fallkonzept erklären, dabei betonen, dass ein zentrales Problem in den Metakognitionen über die Sorgen besteht und die Symptome durch die Bewältigungs- und Kontrollstrategien verstärkt und aufrechterhalten werden.
2. Um den Beitrag der metakognitiven Annahmen zur Problematik herausarbeiten, werden folgende Fragen zur Selbstreflexion vorgeschlagen:
 - a. Pos. MK: Wenn Sie Ihre Sorgen nur als hilfreich erleben würden, hätten Sie dann noch Probleme?
 - b. Neg. MK: Wenn Sie Ihre Sorgenschleifen beenden könnten, sobald Sie das wollen, hätten Sie dann noch Probleme?
 - c. Neg. MK: Wenn Sie wüssten, dass die Sorgenschleifen keinen Schaden anrichten, hätten Sie dann weniger Stress?
3. Verdeutlichen, wie die positiven und negativen metakognitiven Annahmen über die Sorgen zwangsweise zum Kontrollverlust führen:
 - a. Wenn Sie einerseits das Gefühl haben, Grübeln nicht kontrollieren zu können und andererseits denken, es bringe Sie weiter – wohin führt dieser Zwiespalt?
 - b. Welche Probleme entstehen, wenn man zwei Ansichten gleichzeitig folgen will?
4. Effekte der Selbstregulation hinterfragen:
 - a. Wie effektiv waren Ihre Versuche, die Sorgen aufzulösen?

- b. Was haben Sie über die Kontrollierbarkeit der Sorgenschleifen gelernt?
 - c. Haben Sie schon einmal daran gedacht, dass Ihre Kontrollstrategien falsch sein könnten?
5. Effekt der Gedankenunterdrückung verdeutlichen, indem die Aufgabe gegeben wird, in den nächsten Minuten jeden Gedanken an z. B. Zitronensaft zu unterbinden. Am Auftauchen des unterdrückten Gedankens wird die geringe Effektivität der Gedankenunterdrückung diskutiert.
6. Überleitung zur eigentlichen Behandlung, in der es um effektivere Wege als bisher gehen soll, auf Triggergedanken zu reagieren. Als erste therapeutische Modifikation wird die Fertigkeit erarbeitet, die Sorgen als Reaktion auf Triggergedanken kontrollieren zu lernen.

AD 3: NEGATIVE METAKOGNITIONEN ÜBER UNKONTROLLIERBARKEIT INFRAGE STELLEN

Ein didaktisch wichtiger Aspekt der metakognitiven Vorgehensweise besteht darin, Reflexionsprozesse zu initiieren, ohne zu viele theoretische, psychoedukative Informationen zu geben. Entsprechend werden Fragen gestellt und Übungen gemacht, um neue Erkenntnisse über die vermeintliche Unkontrollierbarkeit zu gewinnen und die negative MK zu entkräften.

Folgende Erkenntnisse sollen hier schrittweise erarbeitet werden:

- Es ist evident, dass Sorgenprozesse durch andere Anforderung unterbrochen werden können (Was passiert mit Ihren Sorgen, wenn Sie aus Ihrer Küche einen Schrei hören?).
- Es gibt einen Unterschied zwischen dem Unterdrücken von Gedanken und der Kontrolle von Gedankengän-

gen (Was ist der Unterschied zwischen: „Daran darf ich jetzt gar nicht denken, sonst...“ und „Darauf steige ich jetzt nicht ein, das führt nur zu Chaos und Niedergeschlagenheit“?).

Zu diesem Zeitpunkt der Therapie sollte die PatientIn verstanden haben, dass ihr Hilflosigkeitserleben im Umgang mit den Sorgen und die daraus resultierenden, verzweifelten Beendigungsstrategien das zu therapierende Problem darstellen. Erst dann werden zwei zentrale Übungseinheiten eingeführt.

1. *Detached Mindfulness*: Wie bereits im Kapitel über Metakognitionen skizziert, geht es hier um das Einüben der Fertigkeit, Gedanken als von der Person, vom Selbsterleben unabhängige Vorgänge wahrnehmen zu können. Sie sollen als flüchtige Vorgänge im Gehirn unbeteiligt betrachtet werden. Von daher wird geübt, sofort zu merken, wenn man beginnt, sich mit ihnen zu beschäftigen. Ziel des Einübens dieser distanzierten Beobachtung ist es, Gedanken als innere Vorgänge zu sehen, um jederzeit einen „metakognitiven Modus“ herstellen zu können. Das bedeutet, sich bei Bedarf bewusst zu machen, dass man selbst bestimmen kann, ob und wann man sich mit diesen inneren Vorgängen beschäftigt. Hierzu gibt es drei Übungen, die aufeinander aufbauen (Wells, 2009).

Bei der „Tigerübung“ wird darum gebeten, sich einen Tiger vorzustellen und ihn einfach ein paar Sekunden zu beobachten. Die Auswertung ist in der Regel einfach; die PatientInnen berichten darüber und werden sich ihres metakognitiven Modus bewusst; sie haben weder Angst vor dem Raubtier bekommen, noch haben sie sich Gedanken über das Aussterben oder klimatische Probleme in Indien gemacht. – Sie haben einfach einen

Gedanken, ein inneres Erleben betrachtet, ohne groß inhaltlich auf ihn einzusteigen.

Daraufhin wird die „freie Assoziation“ eingeführt. Sie schärft die Aufmerksamkeit, wann und wie man beginnt, sich mit einem Gedanken zu beschäftigen und zu lernen, davon einen Schritt zurückzutreten und den Gedanken unabhängig von dessen potenziellen Realitätsbezügen zu betrachten. Die Übung beginnt mit der Darbietung einiger neutraler Begriffe, die die TherapeutIn etwa alle fünf Sekunden ausspricht (Haus ... Pizza ... Sattel ... Teppichboden ...). Die/der PatientIn wird gebeten, die durch die genannten Begriffe entstehenden Assoziationen im Kopf einfach zu betrachten, wie zuvor den Tiger. In aller Regel gibt es hierbei Assoziationen, mit denen sich die/der PatientIn weiterbeschäftigt, auf die er/sie in irgendeiner Weise „einsteigt“, auf andere nicht: „Ich habe den Fahrradsattel gesehen und sofort an einen Unfall denken müssen. – Bei Teppichboden ist kurz „grau“ aufgetaucht, dann war da nichts mehr, damit habe ich mich nicht beschäftigt.“ Wenn, nach wiederholter Darbietung neutraler Begriffe, ein Gefühl dafür entstanden ist, was es bedeutet, auf einen Gedanken „einzusteigen“, und was es bedeutet, einen Gedanken einfach teilnahmslos zu betrachten, wird die dritte Übung eingeführt.

Hierbei handelt es sich auch um die „freie Assoziation“, jedoch mit der *Betrachtung* „bedrohlicher“ Gedanken. Es werden sowohl neutrale als auch Triggergedanken ausgesprochen. Die Aufgabe besteht darin, auch die Trigger distanziert „einfach als Gedanken“ zu betrachten, sich nicht damit zu beschäftigen. Meist gelingt es den Betroffenen nach eini-

gen solcher Durchgänge, auch bisher sofortige Angstreaktionen auslösende Begriffe (*Gerichtsvollzieher*) als Gedanken zu betrachten, ohne darauf einsteigen zu müssen.

Die mehrfache Darbietung Angst auslösender Stimuli erinnert an klassische Expositionsverfahren. Jedoch ist hier die Instruktion klar darauf ausgelegt, aktiv eine kognitive Distanz („metakognitiver Status“) zur Angst auslösenden Assoziation herzustellen und durch die wiederholte Übung die Kompetenz zu erwerben, bewusst den Stimulus von der eigenen Reaktion darauf zu trennen. Zu dem Konstrukt „Habituation“ (kritisch: z. B. Rachman et al., 1986) hat diese Übung zumindest theoretisch keine Verbindung.

2. *Beschäftigung mit den Sorgen verschieben*: Wenn infolge der vorhergehenden Übungen die Einsicht und Fertigkeit hergestellt ist, einen Triggergedanken von der Reaktion darauf trennen zu können, wird im nächsten Schritt die Kontrolle über das Sich-Beschäftigen mit dem Gedanken vertieft und die negative MK, Sorgen seien nicht kontrollierbar, weiter erodiert. Wiederholt in Abgrenzung zur Gedankenunterdrückung geht es hier um die Übung, die Beschäftigung mit Gedankeninhalten zeitlich selbst zu bestimmen. Im Rahmen therapeutischer Hausaufgaben werden die Pat. beauftragt, jeden ihrer Triggergedanken distanziert zu betrachten und das bisher automatisch folgende gedankliche Einsteigen auf eine festgelegte Uhrzeit zu schieben; also wieder den Gedanken vom Sorgenprozess (jetzt auf maximal zehn Minuten beschränkt) zu trennen. Kontrolle bedeutet an dieser Stelle, den Zeitpunkt und die Zeitdauer der gedanklichen Auseinandersetzung mit einem Thema selbst

festlegen und einhalten zu können. Die Hausaufgabeninstruktion beinhaltet darüber hinaus die Möglichkeit, zu dem festgelegten Zeitpunkt auf eine Beschäftigung zu verzichten (oder diese sogar zu vergessen). Bei der Auswertung der Hausaufgabe ist es notwendig, die Pat. einschätzen zu lassen, wie stark sich die Auffassung, Gedanken seien unkontrollierbar, verändert hat. Zur diesbezüglichen Verlaufskontrolle eignet sich das Item 5 der GADS-R.

Auf die Darstellung weiterer Übungen, die Unkontrollierbarkeit von Gedanken zu hinterfragen, wird verzichtet und auf Wells (2009), Hjemdal und KollegInnen (2013) sowie Korn und Rudolf (2017) verwiesen.

Der nächste Schritt (Ad 4) sollte erst begonnen werden, wenn die Kontrollüberzeugung und das Controllerleben nahe 100 Prozent liegen und dann noch negative Metakognitionen über die Gefährlichkeit von Gedanken wirksam sind.

AD 4: NEGATIVE METAKOGNITIONEN ÜBER DIE GEFÄHRLICHKEIT VON SORGENPROZESSEN INFRAGE STELLEN

Der Schwerpunkt der MKT, Gedankengänge formal zu sezieren und die Wahrnehmung und Kontrolle der operationalisierten Bestandteile (flüchtige Ereignisse im Gehirn, unterschiedliche Abstraktionsebenen etc.) bewusst zugänglich zu machen, greift auch in Bezug auf das Erleben der Gefährlichkeit von Sorgenprozessen. Hier gilt wie im bisher skizzierten Vorgehen auch, die unwillkürliche Reaktion auf Typ-2-Sorgen zu einer rationalen, kontrollierten Auseinandersetzung zu führen.

Wenn trotz der entkräfteten Metakognitionen in Bezug auf die Unkontrollierbarkeit von Sorgenprozessen noch

Ängste über deren Gefährlichkeit für die Gesundheit bestehen bleiben, können diese wie Typ-1-Sorgen mit KVT-basierten Verhaltensexperimenten, die die Gefährlichkeitshypothesen (Sorgen machen verrückt, sind körperschädigend etc.) testen, behandelt werden (Silver et al., 2004). Diese Methoden sind in der MKT aber ausschließlich auf Metakognitionen („Gedanken sind gefährlich“) anzuwenden (Wells, 2019).

AD 5: POSITIVE METAKOGNITIONEN ÜBER DAS SICH-SORGEN INFRAGE STELLEN

Die Bearbeitung der positiven Metakognitionen folgt immer nach der Bearbeitung der negativen Metakognitionen, weil unabhängig vom Grad des ich-syntonen, sinnhaften Erlebens von Sorgen zunächst die Kontrollfähigkeit erworben werden soll. Mit dieser Reihenfolge des Vorgehens umgeht man unfruchtbare therapeutische Diskussionen, die sich genau auf den potenziellen Nutzen der Sorgenprozesse im Sinne effektiver Bewältigungsstrategien beziehen. Es hat zudem eine hohe ökologische Validität, weil auch im Alltag die Beschäftigung mit ich-syntonen Problemen normalerweise kontrolliert vollzogen werden kann. Wenn PatientInnen jederzeit in der Lage sind, ihre Sorgenschleifen zu beenden, dann kann eine Disputation der positiven Metakognitionen zur Flexibilisierung der Auseinandersetzung mit beängstigenden Gedanken führen.

Fragen wie die folgenden sind geeignet, die aktualisierten positiven Metakognitionen ad absurdum zu führen.

- Lässt sich das, was Sie da machen, als Nachdenken bezeichnen? Wie fühlt sich Nachdenken im Vergleich zum Sorgen an? Was ist anders? Was dauert länger?
- Woher wissen Sie, dass Sie sich über das richtige Problem sorgen? Welche

positiven und negativen Erfahrungen haben Sie in Bezug auf die Prognose?

- Ihre Sorgen fokussieren ausschließlich negative Aspekte. – Würden Sie einem Versicherungsvertreter mit dieser Haltung vertrauen?

Die Frage, worin der Unterschied zwischen Sorgenschleifen und Nachdenken besteht und wie sich die beiden in Bezug auf einen Erkenntnisgewinn unterscheiden, kann auch schon bei der Entwicklung des Fallkonzepts (Punkte 2 und 6) eine lenkende Rolle spielen, sollte aber nicht zur hier anstehenden, ausführlichen Disputation führen.

Wenn die Betroffenen der Meinung sind, sich mit den symptomatischen Inhalten beschäftigen zu wollen, kann das zu einem Verhaltensexperiment der „kontrollierten Reflexion“ führen (Zeitpunkt festlegen und Zeitdauer begrenzen). In der Regel wird dafür kaum Zeit gebraucht, weil alles schon einmal durchdacht worden ist, und der berichtete Nutzen ist so gering, dass eine wie früher tägliche Auseinandersetzung nicht als sinnvoll erlebt wird.

Ein weiteres Verhaltensexperiment bezieht sich auf den als positiv erachteten Einfluss der Sorgen auf das tägliche Leben. Wenn sie als hilfreiche Strategie zur Alltagsbewältigung angesehen werden (*Irgendwo muss das Geld ja herkommen, das alles muss ja finanziert werden*), müsste sich das auf die Lebensgestaltung positiv auswirken. Entsprechend werden in einer Sitzung Effekte der Sorgen operationalisiert, wie z. B. *„An Tagen, an denen ich mich um das Geld Sorge, bin ich weniger leichtsinnig“*. Das Ziel ist es, herauszufinden, ob sorgenfreie Tage tatsächlich durch leichtsinniges Geldausgeben gekennzeichnet sind.

Da die PatientInnen bis hierher gut in der Lage sein sollten, die Beschäftigung mit Sorgen zu schieben, besteht die Aufgabe darin, sich an einem Tag mit

den Sorgen zu beschäftigen, aber am nächsten Tag die Beschäftigung auf den darauffolgenden zu verschieben, und so fort, bis zur nächsten Sitzung. Die Effekte des Sich-Sorgens im Vergleich zur Sorgenfreiheit werden dann ausgewertet. Meist sind sie nicht vorhanden, außer dass der sorgenfreie Tag unbeschwerter begangen werden konnte. An dieser Stelle kann auch der Unterschied zwischen „besorgt“, „fürsorglich“ und „sorgfältig“ in Bezug auf die Auswirkungen im Alltag reflektiert werden.

AD 6: NEUE STRATEGIEN DES UMGANGS (PROZEDURALES WISSEN) FESTIGEN

Der Behandlungsschritt, der auch die Rückfallprophylaxe einleitet, besteht in der Verstetigung der neuen, durch die Therapie erworbenen metakognitiven Strategien, die die Beschäftigung mit Triggergedanken zu verhindern helfen.

Wenn die Betroffenen bis zu diesem Zeitpunkt ihre Sorgenprozesse kontrollieren können, haben sie das entsprechende prozedurale Wissen erworben. Jedoch kann es sein, dass sie es nicht auf neue Inhalte anwenden können. Das sicherzustellen, ist Gegenstand dieser Therapieeinheit. Dazu werden die pathogenen Strategien den neu erlernten, am besten schriftlich, gegenübergestellt. Diese Aufgabe wird in der Therapie begonnen und sollte als Hausaufgabe alle früheren und neuen Reaktionen auf Trigger abdecken, z. B.:

Früher: *Wenn ich verunsichert bin, überlege ich mir genau, was alles passieren könnte und versuche, mich darauf vorzubereiten.*

vs.

Neu: *Wenn ich verunsichert bin, frage ich mich als erstes, womit ich mich da eigentlich genau beschäftige und wohin das führt.*

Anregungen zur Gestaltung dieses Vorgehens als therapeutische Hausaufgabe finden sich bei Wells (2009, S. 292).

AD 7: RÜCKFALLPROPHYLAXE
UND THERAPIEBEENDIGUNG

Diese letzte Interventionseinheit widmet sich zunächst dem Einfluss der negativen Metakognitionen. Es sollte sichergestellt sein, dass der Glaube an Unkontrollierbarkeit und Gefährlichkeit bei Null liegt. Die therapeutischen Fortschritte können gut mithilfe der GADS-R abgebildet und diskutiert werden (Wells, 2011). Es ist notwendig, weiter bestehende Verunsicherungen in Bezug auf negative Metakognitionen vor Beendigung der Therapie auszuräumen.

Positive Metakognitionen in Bezug auf die Nützlichkeit von Sorgen als Bewältigungsstrategie für den Alltag sollten ebenfalls noch einmal kritisch hinterfragt werden.

Vermeidung Trigger-auslösender Situationen, Rückversicherungsverhalten und andere KAS-Aspekte sind immer Hinweise auf negative metakognitive Residuen und die damit einhergehenden Ängste. Auch darauf sollte noch einmal prüfend eingegangen werden.

Für den Abschluss empfiehlt es sich, dass TherapeutIn und PatientIn gemeinsam eine idiosynkratische Zusammenfassung der therapeutischen Erkenntnisse und Strategien erstellen. Hierzu gehören:

- Informationen zur GAS und Sorgen,
- eine beispielhafte Fallkonzeption,
- Erkenntnisse aus den Verhaltensexperimenten in Bezug auf die Testung der negativen und positiven Metakognitionen,
- der neue prozedurale Plan in Reaktion auf Trigger.

Booster-Sessions nach drei und sechs Monaten werden ebenfalls empfohlen (Wells, 2009).

7

WIRKSAMKEIT

Bei an GAS erkrankten PatientInnen erbrachte die Behandlung mit der MKT im direkten Vergleich mit einer leitliniengerechten KVT sowohl bei Therapieende als auch nach zwei Jahren bessere Ergebnisse (Nordahl et al., 2018). Diese Studie soll im Folgenden genauer dargestellt werden. Sie ist dahingehend bemerkenswert, dass die StudientherapeutInnen von den maßgeblichen Vertretern der beiden Schulen (Adrian Wells für MKT und Thomas D. Berkovec für KVT) in beiden Verfahren persönlich trainiert und supervidiert wurden: Alle sechs Ther. führten sowohl MKT als auch KVT durch; sie wechselten nach der Hälfte der Sitzungen sowohl die PatientInnen als auch die Methode.

Von den ursprünglich ausgewählten 246 PatientInnen wurden nach Abschluss von 165 PatientInnen zufällig 28 der KVT-Behandlung zugeteilt, 32 der MKT und 21 der Warteliste.

Die behandelnden TherapeutInnen wurden von unabhängigen BeobachterInnen in Bezug auf Manualbefolgung und Kompetenz bei der Durchführung eingeschätzt. Weiterhin wurden die TherapeutInnen in Bezug auf Passung und Vertrauenswürdigkeit zu den PatientInnen befragt. Die Behandlung ging über zwölf wöchentlich stattfindende Sitzungen à 60 Minuten.

Folgende weitere unspezifische Therapieeffekte wurden kontrolliert: Arbeitsbeziehung zu den PatientInnen, TherapeutInnenerwartung bzgl. der Therapiegüte und der Überzeugung in Bezug auf die Sinnhaftigkeit der Interventionen.

Dieses Studiendesign hatte zum Ziel, aufgrund der Wechsel und Effektkontrollen weitestgehend die Probleme zu kontrollieren, die solche Vergleichsuntersuchungen normalerweise mit sich bringen.

Es gab einen hochsignifikanten Gruppeneffekt, beide Therapien waren erfolgreicher als die Wartegruppe. 65 Prozent der PatientInnen in der MKT-Bedingung und 38 Prozent der PatientInnen in der KVT-Bedingung zeigten sich nach dem PSQW (Penn State Worry Questionnaire; Meyer et al., 1990) „recovered“; hier war der Unterschied zwischen MKT und KVT hochsignifikant. (Es wurden auch STAI, BAI und IIP-64 eingesetzt, auf die an dieser Stelle aufgrund der gleichen Ergebnisrichtung nicht eingegangen werden soll.)

In Bezug auf die Kontrolle der unspezifischen Therapieeffekte ergab sich ein hochsignifikanter Unterschied in der eingeschätzten TherapeutInnen-Kompetenz zugunsten der KVT; in Bezug auf alle anderen erhobenen diesbezüglichen Daten gab es keine signifikanten Unterschiede. Der Befund, wonach die TherapeutInnen in ihrer MKT-Performanz im Vergleich zur KVT schlechter eingeschätzt werden, wird von den Autoren als Hinweis auf die differentiellen Effekte der beiden Behandlungsansätze interpretiert: Der MKT-Fokus (Sorgenprozesse durch die Modifikation von Metakognitionen regulieren) scheint dem KVT-Fokus (Sorgenprozesse über Hinterfragen der Sorgeninhalte mittels Bewältigungsaufbau und Exposition entschärfen) an sich überlegen.

Nach zwei Jahren waren die Unterschiede der Effekte hochsignifikant vergleichbar groß: (KVT: 31 % recovery, MKT: 57 % recovery).

Nach neun Jahren gab es eine Fortsetzung der Studie (Solem et al., 2021) mit einer Teilnehmerate von 65 Prozent der ursprünglichen Therapie-Stichprobe; es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den teilnehmenden und nicht teilnehmenden PatientInnen in der Ursprungsstudie; die Wartegruppe wurde nicht mehr berücksichtigt. Diese Langzeitanalyse ergab Recovery-Raten von 38

Prozent für die KVT- und 57 Prozent für die MKT-Gruppe.

Diese Ergebnisse werden von den Autoren, die beiden Schulen angehören, als Hinweis gesehen, dass die MKT bei der Behandlung der GAS der KVT kurz- und langfristig überlegen ist.

Die hier dargestellten Befunde bestätigen frühere Effektivitätsstudien der MKT bei GAS: große post-treatment-Effektgrößen, Besserungsraten von bis zu 80 Prozent (Wells et al., 2010; Van der Heiden et al., 2012; Van der Heiden & Melchior, 2014).

Die Theorie, dass der MKT-Fokus, nämlich Sorgenprozesse durch die Modifikation von Metakognitionen zu regulieren, die effektivere Methode ist, wurde in einem größeren empirischen Test des metakognitiven Modells der GAS bestätigt (Nordahl et al., 2022). Bei einer Gruppe von 312 Versuchspersonen mit klinisch erhöhten GAS-Symptomen (Fragebogendaten) konnte mittels Pfadanalysen signifikant dargestellt werden, dass positive Metakognitionen zu Sorgen beitragen, dass Sorgen wiederum zu Symptomen und negativen Metakognitionen beitragen. Weiterhin, dass negative Metakognitionen zu Typ-2-Sorgen beitragen, die auch wiederum zu Symptomen beitragen. Die Autoren konnten darüber hinaus theoriekonform zeigen, dass Typ-2-Sorgen mehr zu den Symptomen beitragen als Typ-1-Sorgen. Die Ergebnisse bestätigen, dass Sorgen und Meta-Sorgen die GAS-Symptome aufrechterhalten und dass positive und negative Metakognitionen dazu beitragen. Die Behandlung der Typ-2-Sorgen und der korrespondierenden negativen Metakognitionen findet hier als Grund der MKT-Effektivität ihre Bestätigung.

Weitere, bisher vorliegende Befunde geben trotz der noch relativ geringen Datenlage Hinweise auf die hohe Wirksamkeit der MKT, auch über die Behand-

lung der GAS hinaus (Norman & Morina, 2018).

8 FAZIT

Die MKT gehört nach den bisher vorliegenden Befunden zu den effektivsten und effizientesten Therapieverfahren zur Behandlung der Generalisierten Angststörung. Durch die Einführung der metakognitiven Perspektive ergibt sich ein gravierender Unterschied zu den bisher bekannten und bewährten KVT-Ansätzen. Die Pathologie wird hier am Kontrollverlust über kognitive Prozesse festgemacht. Die jeweiligen gedanklichen Inhalte (Typ-1-Sorgen) an sich sind kein Interventionsziel. In der alltäglichen Praxis hat das neben der Ökonomie im Vorgehen den Vorteil, dass keine Disputationen über Sinn oder Wahrscheinlichkeit negativer automatischer Gedanken geführt werden müssen. Es werden potenzielle Kränkungen vermieden, da es zentral um Distanzierungs- und Aufmerksamkeitssteuerungskompetenzen geht. Ein großer praktischer Vorteil besteht nach der Erfahrung des Autors in der relativ geringen Komplexität in der Anwendung für PatientInnen: Es soll primär die Beschäftigung mit dysfunktionalen Kognitionen bemerkt, hinterfragt und bei Bedarf durch Veränderung der Aufmerksamkeitsausrichtung neutralisiert werden. Die Folge besteht in der Auflösung akuter toxischer Denkspiralen und der Flexibilisierung kognitiver Prozesse. Die pathogene Einengung auf bedrohungsassoziierte Stimuli endet:

„Wenn man das Nachdenken unterbricht, sind unzählige Vogelstimmen zu hören.“ (Zeh, 2021, S. 37)

LITERATUR

- Arndt, A., Patzelt, J., Andor, A., Hoyer, J. & Gerlach, A. L. (2011). Psychometrische Gütekriterien des Metakognitionsfragebogens (Kurzversion, MKF-30). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 107–114.
- BfArM. (2023). *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung*. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=7AD8559D7C439B389F513F915F30380E.intranet241 – Stand 04.04.2023.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp. 77–108). New York: Guilford.
- Exner, C. & Hansmeier, J. (2020). *Metakognitive Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906–911.
- Gerlach, A. L. & Gloster, A. T. (2021). Worry, generalized anxiety disorder (GAD), and their importance. In A. L. Gerlach & A. T. Gloster (Eds.), *Generalized anxiety disorder and worrying* (pp. 1–8). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Hjemdal, O., Hagen, R. & Nordahl, H. M. (2013). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: nature, evidence and an individual case illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 301–313.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: an alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529–538.
- Korn, O. & Rudolf, S. (2015). *Sorgenlos und grübelfrei. Wie der Ausstieg aus der Grübelfalle gelingt*. Weinheim: Beltz.

- Korn, O., Sipos, V. & Schweiger, U. (2012). Die Metakognitive Therapie der Generalisierten Angststörung. *Psychotherapie, 17*, 119–130.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. (1981). *STAI. Das State-Trait-Angst-Inventar: Theoretische Grundlagen und Handweisung*. Weinheim: Beltz.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Berkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487–489.
- Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Solem, S. et al. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry Open, 4*, 393–400.
- Nordahl, H., Vollset, T. & Hjemdal, O. (2022). An empirical test of the metacognitive model of generalized anxiety disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*. doi: 10.1111/sjop.1884
- Norman, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 9*, 2211.
- Plag, J. & Hoyer, J. (2019). Die generalisierte Angststörung – ein Update. *PSYCHUp-2date, 13*, 243–260.
- Rachman, S., Craske, M., Tallman, K. & Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy, 17*, 366–384.
- Ruscio, A. M. & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1469–1482.
- Silver, A., Sanders, D., Morrison, N. & Cowey, C. (2004). Health Anxiety. In J. Bennet, Levy, G., Butler, M., Fennell, A., Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 81–98). Oxford: Oxford University Press.
- Solem, S., Wells, A., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Nordahl, H. & Hjemdal, O. (2021). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: a 9-year follow-up study. *Brain and Behavior, 11*, e2358. <https://doi.org/10.1002/brb3.2358>
- Van der Heiden, C. & Melchior, K. (2014). A 30-month follow-up of generalized anxiety disorder: status after metacognitive therapy and intolerance of uncertainty-therapy. *European Journal for Person Centered Healthcare, 2*, 434–438.
- Van der Heiden, C., Muris, P. & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 100–109.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 86–95.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD. Metacognitions and pathological worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Merin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. advances in research and practice* (pp. 164–186). New York: Guilford.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz.
- Wells, A. (2019). Breaking the cybernetic code: understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology, 10*, 2621.

- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385–396.
- Wells, A. & Matthews, G. (2015). *Attention and emotion. A clinical perspective* (Classic edition). Hove, UK: Psychology Press.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429–434.
- Wilken, B. (2015). *Methoden der kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Zeh, J. (2021). *Über Menschen*. München: Luchterhand.



DR. STEFAN LEIDIG
ALBRECHTSTRASSE 7
D-10117 BERLIN
E-MAIL: vt@leidig.berlin

STRESS IM BERUF: ANGST HÄUFIG BEI ÜBERFORDERUNG, DEPRESSIVITÄT BEI UNTERFORDERUNG

Psychische Störungen gehören zu den Hauptgründen für eine Frühberentung. Mit einem Anteil von 31 Prozent stellen bei Angestellten psychische Erkrankungen und Behinderungen die häufigste Ursache für vorzeitige Berentungen dar. Depressionen, Ängste, Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen stehen im Vordergrund. Stefan Leidig berichtet im Reader „*Stress im Erwerbsleben – Perspektiven eines integrativen Gesundheitsmanagements*“ über „Hinweise, wonach Angst eher mit Überforderungsbedingungen in Verbindung steht, Depressivität eher mit gering ausgeprägten Ressourcen und Unterforderung. Erst die Kenntnis von Stressoren-Ressourcen-Konstellationen ermöglicht die Ableitung eindeutiger Konsequenzen für die Gestaltung der Arbeitsumgebung bzw. für präzi-

se Strategien der Gesundheitsförderung. Das heißt, es reicht bei weitem nicht aus, lediglich die typischen psychischen Stressoren des Arbeitsplatzes zu kennen, um Rückschlüsse auf das Stresserleben zu ziehen. Genauso wichtig sind die Ressourcen und die individuelle Vulnerabilität, die sich neben der Stärke privater Belastung auch aus der individuellen Kompetenz, Stress zu bewältigen und Ressourcen zu nutzen ergibt...“

**Stefan Leidig, Klaus Limbacher
& Manfred Zielke (Hrsg.)**
**Stress im Erwerbsleben:
Perspektiven eines integrativen
Gesundheitsmanagements**
Pabst, 322 Seiten, Paperback
ISBN 978-3-89967-313-1