

Metakognitive Therapie (MCT) und Symptomstress – lassen sich Metakognitionen in das ABC-Modell integrieren?

Nils Spitzer

Psychotherapeutische Praxis
Gladbeck

Zusammenfassung: Traditionelle kognitive Therapien wie die REVT basieren auf einem Schemamodell mentalen Funktionierens: Überzeugungen werden als kognitive Schemata verstanden. Avanciertere Therapietheorien rücken dagegen neuerdings statt einzelner Überzeugungen, deren Inhalt auf die Außenwelt gerichtet ist, Kognitionen über Kognitionen (Metakognitionen) und längere Denkstile (z.B. Grübeln) in den Mittelpunkt. Ein prominenter Vertreter solcher kognitiver Therapien ist die Metakognitive Therapie (MCT) von Adrian Wells. Der Artikel erwägt, wie Metakognitionen in eine traditionelle kognitive Therapie integriert werden können, und schlägt dazu eine Variante des sekundären ABC vor.

Schlüsselwörter: Metakognition, Metakognitive Therapie, MCT, REVT, kognitive Therapie, sekundäres ABC, Symptomstress, Zwangsstörung, Grübeln

Korrespondenzadresse des Autors:

Nils Spitzer, Feuerbachstr. 9, 45147 Essen, e-mail: nspitzer@aol.com

© 2010 Dieter Schwartz

Abstract: Traditional cognitive therapies such as REBT are based on a schema model of mental functioning. Beliefs are conceptualized as cognitive schemata. However, more advanced cognitive therapies no longer focus on the content of single beliefs directed mostly at the outside world, but have turned to cognitions about cognition (metacognitions) and thinking styles (rumination) instead, as is the case with Metacognitive Therapy (MCT) by Adrian Wells. This paper contemplates how metacognitions can be incorporated into more traditional cognitive therapies und presents the concept of the secondary ABC as a possible solution.

Keywords: Metacognition, Metacognitive Therapy, MCT, REBT, Cognitive Therapy, secondary ABC, symptomstress, OCD, Rumination

„BELIEFS“ ALS KOGNITIVE SCHEMATA

Kognitive Schemata

In den kognitiven Therapien werden gewöhnlich nicht alle Kognitionen als gleich wichtig für die Entwicklung belastender Emotionen und dysfunktionaler Verhaltensweisen angesehen. Die Gedanken, die bei einem Menschen ganz unschuldig zur Oberfläche des Bewusstseins aufsteigen, erscheinen in ihren kognitiven Architekturen beeinflusst von einer bedeutsameren Tiefenstruktur von Kognitionen:

In CBT erroneous interpretations of events that cause psychological disorder are assumed to emanate from beliefs, [...]. These are beliefs such as "The world is dangerous" and "I'm inadequate" (Wells, 2009; S. 3).

Solche „Beliefs“ als kognitive Schemata zu modellieren, wird häufig als Aaron T. Becks einzigartiger Beitrag zu den kognitiven Therapien angesehen. Schemata auf dem "deeper level" (DeRubeis, Tang & Beck, 2001; S. 352) der Informationsverarbeitung werden begriffen als "organizing principles [...] on which the person bases such things as a world view, beliefs about the self, and relatedness to others" (Weishaar, 1993; S. 49). Auch die REVT hat den Begriff des kognitiven Schemas übernommen, um den Anschluss an die Forschung der kognitiven Psychologie nicht zu verlieren. Schemata waren etwa seit den 1960er Jahren der heilige Gral der Kognitionspsychologie (Zuroff, 1992; S. 274). Das griechische Wort Schema wurde über die Zukunfts-

form des Verbs echo mit der Bedeutung „haben“ oder „festhalten“ gebildet und bedeutete bereits in der Antike „Form“ oder „Gestalt“ – eine abstrakte Konfiguration. Bartlett (1932) und Piaget (1936) haben den Begriff Schema schließlich in die moderne Psychologie eingeführt, wo er allerdings erst nach dem Abklingen des Behaviorismus Karriere machte. Schemata standen nun für generische Wissensstrukturen - kognitive Repräsentationen, die der Geist aus konkreten Erfahrungen extrahiert und welche die Abläufe von Informationen und Handlungen leiten. Seit 1988 wird Schema als Fachbegriff im Katalog der American Psychological Association (APA) geführt - als eine kognitive Struktur, die dem Verstehen, Wahrnehmen und der Interpretation von Stimuli dient. Ein kognitives Schema mit dem Überzeugungsgehalt „Ich bin ein Versager“ bildet also eine Kategorie für viele verschiedene Erfahrungen und schreibt möglicherweise sehr vielen Situationen genau diese allgemeine Bedeutung zu. Kognitive Schemata fungieren wie ein konzeptueller Rahmen, ein Satz fundamentaler Konzepte, durch die Menschen ihre soziale Realität ordnend wahrnehmen (Nielsen, 2003; S. 77ff.). In seiner berühmten kognitiven Theorie der Depression von 1979 definiert Beck Schemata als „stabile kognitive Verarbeitungsmuster“ (Beck et al., 1992; S. 43), die erklären helfen, warum eigentlich belastende kognitive Haltungen trotz widersprechender situativer Erfahrungen stabil bleiben. Eine ganze „Matrix von Schemata“ (ebd.) kategorisiert und bewertet beständig alle ablaufenden Erfahrungen des Menschen - unbemerkt und quasi lautlos. Dieser Informationsverarbeitungsprozess gilt natürlich für Gesunde wie Kranke: Schemata sind weder gut noch schlecht und jeder Mensch verarbeitet Information auf diese Weise, obwohl kognitives Schema in der Kognitiven Therapie häufig bereits als verkürzter Begriff für dysfunktionales Schema firmiert (Beck & Hollon, 1993; S. 81ff.). Den kognitiven Therapien schien der Anschluss an kognitionspsychologische Vorstellungen menschlichen Funktionierens mithilfe des kognitiven Schemas glücklich zu sein.

Probleme mit dem kognitiven Schema

Aber die anfangs originelle und später ausgesprochen einflussreiche therapeutische Verwendung des Schema-Begriffs ist seit den 1980er Jahren nicht ohne Kritik geblieben. Eine besonders prominente greift Fortschritte innerhalb der Kognitionspsychologie auf, denen gegenüber die Schematheorie aus den 1930er Jahren inzwischen veraltet erscheint. In Schematheorien findet die Vermittlung von Wirklichkeit und Schema „irgendwie“ statt, ohne dass die eigentliche Informationsverarbeitung näher beschrieben wird - ein „missing link“ (Wells, 2000; S. 15), der auch therapeutisch relevante Fragen offen lässt. Warum klingen intensive Emotionen einfach ab – was regelt also, dass ein kognitives Schema seine Aktivität beendet? Warum sind Patienten plötzlich nicht mehr ängstlich – auch wenn die bedrohlichen Grundüberzeugungen überhaupt nicht verändert wurden? Warum sind die Grundüberzeugungen einmal wirksam und dann wieder still? Oder wie es Adrian Wells pointiert: “You had thousands of thoughts yesterday. [...] Where did all those thoughts go?” (Wells, 2009a; S. vii). Warum wird also nicht jeder, der solche Überzeugungen wie „Ich bin ein Versager“ hat, depressiv? Eine bessere Theorie muss also erklären können, warum manche Gedankeninhalte aktiv bleiben – und so auf Dauer belasten. Die geistige Aktivität des Menschen ist mit der Aktivität eines großen Orchesters vergleichbar, so Wells (2009a; S. 1) anschauliches Bild: Es braucht eine vorgegebene Partitur und einen Dirigenten, etwas das die Töne der vielen Solisten/Schemata koordiniert. Jeder Denkprozess verlangt daher eine Steuerung von einer übergeordneten Ebene, die das Auslösen, Beenden und Verändern der stattfindenden Gedanken, die Aktivierung und Deaktivierung spezifischer kognitiver Schemata, bestimmt. Solche Steuerungsprozesse „von oben“ (top down) fehlen im ABC-Modell, das implizit annimmt, dass irrationale Überzeugungen als kognitive Schemata allein „von unten“ (bottom up), durch das A, aktiviert werden. Bestenfalls wird zusätzlich angenommen, dass Schemata unterschiedlich valent sein können: mehr oder weniger leicht zu aktivieren (Beck, Freeman, et al., 1993; S. 27).

METAKOGNITION UND DIE MCT

Denkinhalte vs. Denkstile

„Metacognition is cognition applied to cognition“ (Wells, 2009; S. 1), also jedes Wissen und jeder kognitive Prozess, der an der Beobachtung, Bewertung oder Kontrolle von Kognition beteiligt ist: ein Prozess höherer Ordnung - das, was das Denken steuert. Dabei ist diese Steuerung nicht vollständig bewusst und absichtlich, aber auch nicht ausschließlich automatisiert und dem Bewusstsein unzugänglich. Die meisten kognitiven Aktivitäten, so wird nun angenommen, sind von solchen metakognitiven Faktoren abhängig, die sie beobachten, einschätzen und kontrollieren. Wenn man sich z.B. an etwas erinnert – woher weiß man, dass man damit aufhören kann? Diese Aufgabe erfüllt der Prozess der Metakognition. Das Konzept der Metakognition wurde bereits in den 1960er Jahren formuliert:

The study of metacognition as opposed to “ordinary” cognition appeared in Hart’s doctoral work on memory processes (e.g., Hart, 1965). But the term “metacognition” did not emerge until later when it was used to refer to developmental changes in self-reflection during childhood (Flavell & Wellman, 1977; Flavell, 1979). [...] the construct has been largely ignored in the area of clinical psychology and psychiatry (Wells, 2009b.; S. 105):

Anknüpfend an diese avancierten Vorstellungen des kognitiven Funktionierens hat Adrian Wells ab der Mitte der 1990er Jahre die Metacognitive Therapy (MCT) entwickelt¹ - zuerst eine allgemeine Theorie der Psychopathologie, die Metakognition ins Zentrum rückt, und schließlich eine darauf beruhende Therapieform, die MCT. Sie beschäftigt sich mit der Art und Weise, mit denen Menschen auf die eigenen Kognitionen reagieren (Fisher & Wells, 2009; S. 10ff.). Erst wenn irrationale Überzeugungen aktiv bleiben, so ein Ausgangspunkt, werden sie ein Problem - damit verschiebt sich die Perspektive kogni-

¹ Dadurch dass die MCT auch auf dem kognitiven Modell beruht, ist sie eine kognitive Therapieform wie die REVT und die Becksche KT (Wells, 2009; S. 2).

tiver Probleme weg von den Inhalten einzelner irrationaler Überzeugungen hin zu bestimmten Denkstilen: Es ist der Grad, in dem Gedanken ausgedehnt werden, der zu psychischen Störungen führt. Das bezeichnende am Denkstil psychischer Störung sei nicht allein der kognitive Inhalt, sondern seine „repetitive, recyclic, brooding quality“ (Wells, 2009; S. viii). Die irrationale Überzeugung „Ich bin ein Versager“ allein macht es also noch nicht. An sie können sich ganz unterschiedliche Reaktionen anschließen: Strategien, ein Gewinner zu werden, härter zu arbeiten, den Gedanken einfach als Gedankenschrott abzutun – aber auch, nicht mehr von ihm ablassen zu können und lange Zeit über seine Verästelungen zu brüten: „Brooding“ gilt als eine besonders dysfunktionale Form von „rumination“, des Grübelns also (Watkins, 2009; S. 162). Damit partizipiert die MCT an einem allgemeinen Interessenwandel innerhalb der akademischen Psychotherapieforschung der letzten Dekade. Der Blick auf kognitive Phänomene hat sich insgesamt gewandelt, weg von den Inhalten einzelner Grundüberzeugungen, hin zum „Denken“ als einem längeren Prozess, der Charakteristika des Grübelns² (rumination), des ärgerlichen Grübelns (anger rumination) oder beständigen Sorgenmachens³ (worrying) haben kann und erst dann emotional belastend wird:

A commonly-used definition of rumination was proposed by Nolen-Hoeksema (1991). Rumination is viewed as a form of repetitive and passive thinking about symptoms of depression and the possible causes and consequences of these symptoms. It has been defined as “repetitively focusing on the fact that one is depressed; on one’s symptoms of depression; and the causes, meanings and consequences of depressive symptoms” (Nolen-Hoeksema, 1991, p. 569). Similarities and differences exist between depressive rumination and other related cognitive

² Darunter versteht man ein Brüten über die Ursachen, z.B. für ein Versagen. Es ist darauf gerichtet, warum Dinge passieren und was dies bedeutet – also vergangenheitsorientiert. In seiner dysfunktionalen Form führt es selten zu nützlichen Lösungen und hilfreicher Kontrolle über emotionale Prozesse.

³ Sorgenmachen ist vor allem auf die Zukunft gerichtet und strebt nach Antworten auf eine „was, wenn“-Frage. Es dreht sich um zukünftige Bedrohungen und wie man sie bewältigen oder vermeiden kann und nimmt die Form einer Gedankenkette bedrohlicher Ereignisse an.

processes and products; namely worry, negative automatic thoughts, and self-focused attention (for further details, see Papageorgiou, 2006; Papageorgiou & Wells, 2004). In particular, rumination and worry can co-exist (Papageorgiou & Wells, 2009; S. 124).

Selbst Albert Ellis hat sich in seiner kürzlich erschienenen Autobiographie von dieser Strömung mitreißen lassen: „This is what I now see [...] after practicing REBT for over fifty years“ (Ellis, 2010; S. 132). Ernsthaft gestörte Neurotiker, so Ellis, fokussieren sich beständig und intensiv darauf, wie falsch sie sich verhalten haben, wie wertlos sie sind, was für schlimme Konsequenzen das haben wird: “Emotional disturbance, then, is not only closely associated with our self-defeating cognitions but with how we concentrate on these cognitions, obsess about them, and rigidly cling to them.” (ebd.). Ohne Hinweis auf die metakognitiven Ansätze bemerkt Ellis, dass nicht nur die inhaltlichen Kognitionen für die Beschwerden verantwortlich sind, sondern „it was also their ways of focusing or concentrating on one set of thoughts, feelings, or behaviors rather than on another set.“ (ebd.; S. 130f.). Selbst wenn man sich derart zwanghaft mit rationalen Kognitionen beschäftigt sei dies eigentlich schon neurotisch.

Belastende Denkstile und Metakognition – S-REF und CAS

Der Denkstil bei psychischen Störungen hat also eine brütende, repetitive Qualität (Wells, 2009; S. 11) - Sorgenmachen und Grübeln sind die universellen Prozesse, die zu emotionalen Störungen führen - und die MCT entwickelt ein Modell, wie er zustande kommt. Im Kern sind dysfunktionale Metakognitionen dafür verantwortlich, falsche Überzeugungen über das Denken und nur scheinbar hilfreichen Strategien der Selbstregulation. Das Modell der MCT lässt sich auf drei Ebenen beschreiben: dem grundlegenden Modell geistigen Funktionierens, dessen spezifischen Konfigurationen und besonderen dysfunktionalen Ausprägungen dieser Konfigurationen.

Nach der Grundvorstellung geistiger Aktivität operieren kognitive Prozesse auf zumindest zwei verbundenen Ebenen – der Meta-Ebene

und der Objekt-Ebene⁴. Informationen laufen von der Objektebene zur Metaebene und verständigen diese über den Zustand der Objektebene. Umgekehrt laufen Information von der Metaebene zur Objektebene und steuern diese: Sie informieren die Objektebene darüber, was als nächstes zu tun ist. Nach diesem Modell ist es eben nicht allein das extrem valente Schema „Ich bin ein Versager“, das quasi autonom bei allen situativen Umständen von allein anspringt, sondern eine Metakognition - z.B. die positive „Es ist sehr wichtig, alle Erfahrungen daraufhin zu prüfen, ob ein persönliches Versagen vorliegt“ - hält es viel zu ausführlich aktiv. Dies Zusammenspiel von Meta- und Objektebene kann nun in verschiedenen Konfigurationen vor sich gehen. Die S-REF-Konfiguration ist dabei die für psychische Störungen wichtigste (es ist die umständliche Abkürzung für Selbstregulierung exekutiver Funktionen): Sie dient dazu, eine Diskrepanz zwischen dem aktuellen Zustand des Selbst und einer erstrebenswerten normativen Repräsentation zu reduzieren. Treffen z.B. Hunger-Signale ein, dann wird hier Wissen abgerufen, dass die Bewertung eines solchen Zustands ermöglicht und es werden Strategien aktiviert, den diskrepanten Zustand zu beenden – man treibt Nahrung auf und isst sie. Diese Konfiguration führt also selbstregulativ zum Ausgleich von Diskrepanzen und dementsprechend ist die S-REF-Aktivität normalerweise von kurzer Dauer. Sie ist beendet, wenn die Person eine Strategie findet, die die anfängliche Diskrepanz erfolgreich aufhebt. Bei psychischen Störungen aber wird das Ziel der Selbstregulation nicht erreicht und es besteht die Gefahr, dass die S-REF-Konfiguration dauerhaft aktiv bleibt. Ein solcher Diskrepanzausgleich wird nun entscheidend durch metakognitive Überzeugungen gesteuert, die interne Signale wie Gefühle (Angst, Hunger), aber auch objektbezogene Kognitionen (Gedanken, Vorstellungen, Impulse) bewerten und Strategien für den Umgang damit ak-

⁴ Menschen können danach auf zwei Weisen geistig operieren: Im *Objekt-Modus*, der normalerweise die Lebensäußerungen steuert, werden die Gedanken und Empfindungen unhinterfragt für „bare Münze“ genommen - und im *metakognitiven Modus*, wo es möglich ist, Gedanken und Gefühle bewusst als solche wahrzunehmen, als von der Welt und der eigenen Person getrennte Ereignisse. Sie erscheinen nur noch als mentale Repräsentation von Welt, die wahr oder falsch sein kann (Wells, 2009; S. 8).

tivieren (Wells, 2009a; S. viii), z.B. „Ich muss intensiv über die Probleme nachdenken, um besser mit ihnen fertig zu werden“. Es sind Überzeugungen und Theorien, die Menschen über ihr eigenes Denken haben. Diese Überzeugungen können explizit oder implizit, inhaltlich positiv (z.B. „Sich über die Zukunft Sorgen zu machen hilft, Gefahren rechtzeitig zu erkennen“) oder negativ (z.B. „Man kann sich derart viele Sorgen machen, dass man schließlich verrückt wird“) sein (Wells, 2009a; S. 5f.).

Der S-REF genannte Regulationsmechanismus kann also gestört sein – und emotionale Störungen entstehen, wenn er es auf eine Weise ist, welche die anfängliche negative Emotion aufrecht erhält (Wells, 2009a; S. 1): Jemand bleibt z.B. in seiner Angst oder seinem Ärger gefangen, bedingt durch einen von dysfunktionalen Metakognitionen angeregten Denkstil – die Dauer macht es, nicht der Inhalt. Diesen „toxic pattern“ (ebd.; S. 2) der S-REF-Konfiguration nennt Wells CAS (cognitive attentional syndrome): Bestimmte Metakognitionen führen hier zu einer andauernden Suche nach Gefahrensignalen und zu Bewältigungsversuchen, die das Problem nur verschlimmern. Das CAS ist ein Denkstil, bestehend aus durchgehendem Sorgenmachen und Grübeln, zudem gehört eine Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf Gefahrenquellen und Bewältigungsverhalten zu ihm. Metakognitionen sind also in der MCT dann dysfunktional, wenn sie sie Strategien fördern, welche die Aufmerksamkeit dauerhaft auf die Quelle der Bedrohung richten und eine sorgenorientierte Verarbeitung anregen. Es sind z.B. „positive“ Metakognitionen, welche Grübeln oder Sorgenmachen als nützliche Strategien bewerten, und „negative“ Metakognitionen welche eigene Gedanken als gefährlich oder unkontrollierbar darstellen (Wells, 2009a; S. 16).

Das hat gravierende therapeutische Folgen: Für die MCT sind Gedanken wie „Ich bin ein Versager“ relativ normale und vorübergehende kognitive Phänomene, die nicht als Quelle der emotionalen Störung gelten. Der Inhalt mag zwar falsch und irrational sein, aber nicht dieser Inhalt sei das Problem, sondern die Dauer des Denkprozesses um diesen Gedanken – und die diese Dauer verursachenden Metakognitionen. Es geht in der Therapie um die Veränderung dieser

malignen Metakognitionen, so dass wiederholtes Grübeln oder Sorgenmachen beendet werden kann (Wells, 2009; S. ix).

Metakognitionen bei der Zwangsstörung

Wells und Matthews (1994) entwickelten schon in den 1990er Jahren ein metakognitives Modell der Zwangsstörung, die neben der generalisierten Angststörung die prototypische psychische Störung für die Ausformulierung der MCT wurde. Das Phänomen der Zwangsgedanken legte kognitive Erklärungsmodelle der Zwangsstörung schon relativ früh nahe. Alle traditionellen kognitiven Theorien zu Zwängen sind dabei „Appraisal theories“ (Fisher, 2009b, S. 110): Normale, aber erschreckende Gedanken (z.B. „Habe ich den Herd ausgeschaltet?“; Die Vorstellung, jemanden vor einen Bus zu stoßen) werden den Betroffenen derart negativ bewertet, dass aus ihnen Intrusionen, werden, aufdringliche Kognitionen, die kaum noch loszuwerden sind, starke Angst oder Anspannung auslösen und zu Zwangsverhalten antreiben. Spezifische Domänen dysfunktionaler Grundüberzeugungen, von denen manche Metakognitionen sind, führen zu diesem Phänomen:

Cognitive beliefs proposed as central in OCD include responsibility (Salkovskis, 1985), perfectionism (Frost & Steketee, 1997) and intolerance of uncertainty (Carr, 1974), and are general beliefs about the self and the world. In contrast, metacognitive beliefs are specifically beliefs about thinking; examples of metacognitions linked to OCD include beliefs about the need to control thoughts (Clark & Purdon, 1993) and about the importance of thoughts (Rachman, 1997). An explicit and entirely metacognitive model of OCD was proposed by Wells and Matthews (1994) and was further developed by Wells (1997, 2000). A central metacognitive belief domain emphasized is thought-fusion (Myers, Fisher & Wells, 2009; S. 133).

Wells (2000; S. 9f.) rückt nun diese Metakognitionen in den Mittelpunkt seiner Theorie zur Erklärung der Zwangsstörung. Hat etwa jemand religiöse intrusive Gedanken an den Teufel und gleichzeitig metakognitive Überzeugungen, dass diese Gedanken oder Bilder gefährlich sind und das Böse wirklich heraufbeschwören können, dann

wird er versuchen, den eigenen Gedankenstrom streng zu kontrollieren (metakognitive Strategie). Dies führt schnell zu dysfunktionalen Kontrollstrategien wie dem Versuch, solche Gedanken zu unterdrücken, sie durch andere (etwas Gutes denken) oder durch Handlungen (Händewaschen) zu neutralisieren (Neumann, 2005; S. 23). Dies wiederum intensiviert die Intrusionen. Hinter einer Metakognition wie „Wenn ich an den Teufel denke, wird er erscheinen“ steht dabei eine allgemeinere metakognitive Grundüberzeugung „Was ich denke, passiert auch“, die nach Wells einer bestimmten Gruppe angehört, die er TEF nennt, (thought-event fusion) (Wells, 2009a; S. 160). Neben solchen Metakognitionen, welche die Bedeutung von Gedanken falsch einschätzen, treten noch positive („Wenn ich meine Rituale ausführe, bin ich sicher.“) und negative Überzeugungen („Ich habe keine Kontrolle mehr über meine Rituale.“) bezüglich der Strategien auf, solche Kognitionen zu neutralisieren⁵.

METAKOGNITION UND DAS SEKUNDÄRE ABC

MCT und traditionelle kognitive Therapien

Das Konzept der Metakognitionen ist vielversprechend und lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Gruppe kognitiver Überzeugungen, die nicht nur das mentale Funktionieren von Menschen allgemein besser erklären helfen, sondern auch bei psychischen Störungen eine wichtige Rolle spielen können. Kann man es in eine traditionelle kognitive Therapie wie die REVT und ihr Grundmodell, das ABC-Schema, integrieren? Wells selbst ist sich bei seiner Einschätzung der Beziehung zwischen MCT und traditionellen kognitiven Therapien nicht sicher: In Seminaren betont er, dass Therapeuten traditionelle kognitive Therapien und MCT nicht in einer einzigen Therapie vermischen sollten,

⁵ In der MCT gibt es erste Untersuchungen, dass die Bedeutung von Metakognitionen für die Zwangstörung größer ist als die von traditionellen Kognitionen (Verantwortlichkeits-, Ungewissheits- oder Perfektionismuskognitionen). (Myers, Fisher, & Wells, 2009; S. 134).

weil sie manche widersprüchliche Konzepte besitzen, fordert „be a purist!“ und sagt, dass „eklektisch“ in seiner Forschungsgruppe in Manchester ein Schimpfwort ist (Wells, 2009c). Auch vermutet er etwas mokant, dass die traditionellen kognitiven Therapien vielleicht nur therapeutisch erfolgreich seien, weil sie, mehr zufällig, auch Metakognitionen umstrukturieren. In seinen Veröffentlichungen spricht er konzilianter von einer solch „harten“, abgrenzenden Form metakognitiver Therapie und einer „weichen“ Form, in der metakognitive Überzeugungen mit anderen inhaltsbezogenen Überzeugungen, wie sie Gegenstand anderer kognitiver Therapien sind, als koexistent angesehen werden können (Wells, 2009a; ix). Wo könnten umgekehrt Metakognitionen einen Platz in der REVT finden? Prinzipiell lassen sich drei Stellen im ABC-Modell denken, an denen Metakognitionen platziert werden könnten: Als eine Variante von Grundüberzeugungen beim B, als gedankliche Konsequenzen anderer Kognitionen beim C oder als ein sekundäres ABC. Im Folgenden wird erwogen, ob nicht dies Konzept des Symptomstress am besten geeignet ist, Metakognitionen in die REVT zu integrieren.

Symptomstress und Metakognition

Die Ähnlichkeit zwischen einem sekundären ABC und Metakognitionen ist gelegentlich bereits innerhalb der REVT erkannt und kurz angesprochen worden:

According to REBT, problems about problems, or secondary disturbances, stem from the refusal to accept or tolerate a disliked primary experience or emotion. [...] Recently it has popped up in the CBT literature as a “new” theory and finding. For example, Wells (1995) presented a cognitive model of generalized anxiety disorder in which meta-worry, or worry about worry is the central construct (Warren, 2007; S. 48).

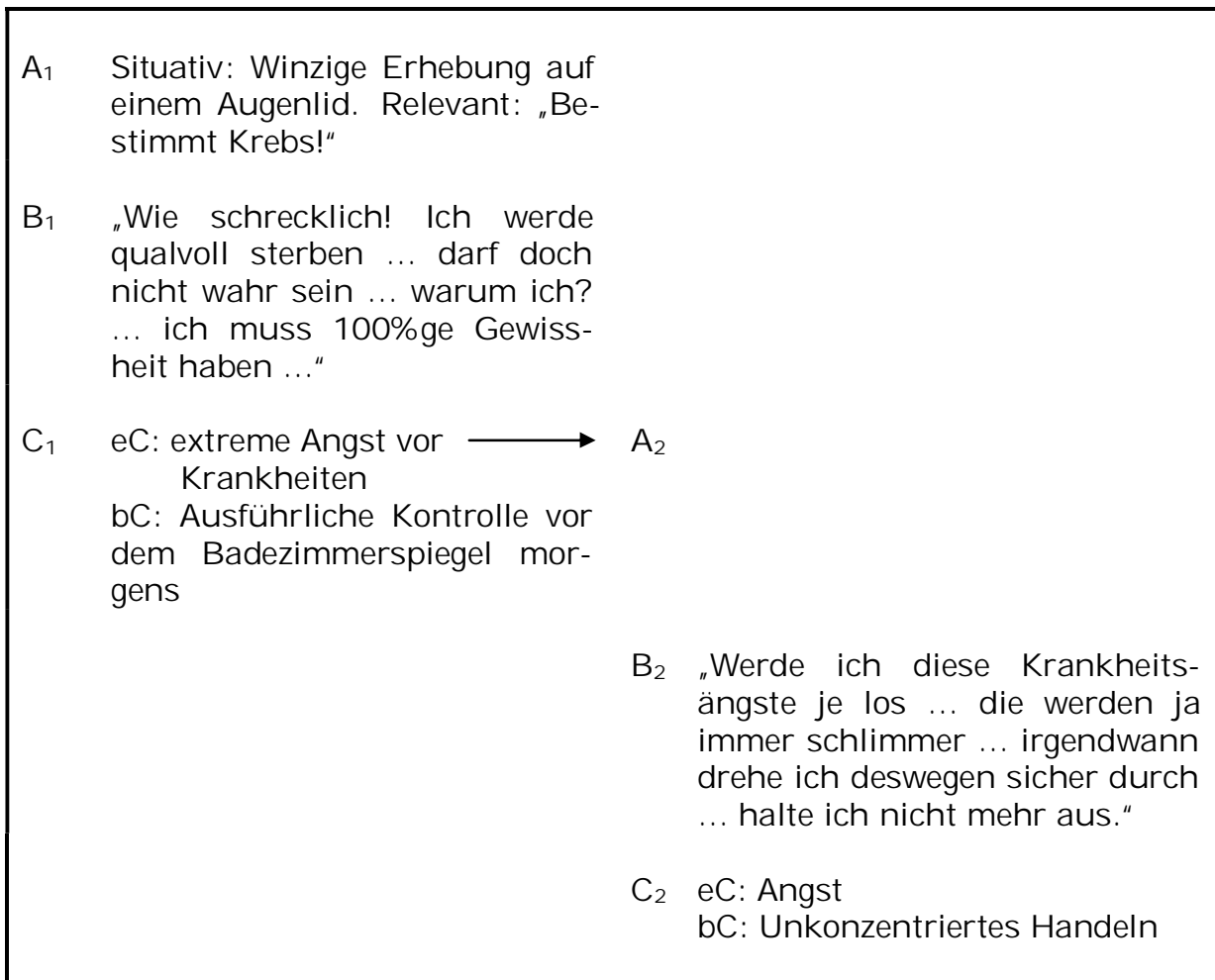


Abb. 1: Beispiel einer primären und sekundären ABC

An diesem typischen Beispiel von Symptomstress, in dem ein hypochondrischer Klient seine Ängste dadurch potenziert, dass er sich zusätzlich Krankheitsängste über seine Krankheitsängste macht, lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen sekundärem ABC und Metakognition recht gut untersuchen. Schon in seinem berühmten Buch *Reason and Emotion in Psychotherapy* von 1962 hatte Ellis übrigens genau diese Variante von Symptomstress beschrieben ⁶:

⁶ Seitdem findet man das Konzept bei Ellis immer wieder und sein Ratschlag ist dazu, selbst ganz und gar sinnlose negative Emotionen wie Ängste zu akzeptieren, statt sich über sie zusätzlich noch Vorwürfe zu machen. Man habe doch wirkliches Bessere zu tun mit der eigenen Zeit (Ellis, 1962; S. 72).

[...] particularly those who experience panic, frequently make themselves quite anxious about their anxiety and thus have a secondary disturbance [...] they are forcefully thinking „I must not be anxious! It's terrible to be anxious! (zitiert nach Ellis, 2002; S. 223).

Symptomstress - sekundäres ABC, „secondary emotional disturbance“ (Weinrach et al., 2006; S. 199ff.) oder gelegentlich auch, distinktuierter, „meta-psychological problems⁷“ (Dryden, 2003; S. 18f.) genannt - bezeichnet die Fähigkeit eines Menschen, sich darüber zu beunruhigen, dass er sich beunruhigt: Zuerst schafft ein Mensch eine primäre Reaktion wie etwa Wut oder Angst, dann fokussiert er diese unangenehme Emotion und wendet auf sie erneut Überzeugungen an wie „nicht auszuhalten“, „daran sterben“, „schrecklich“ „unmögliche Person, die so empfindet“ und erzeugt so eine sekundäre Störung (Warren, 2007; S. 48). Sie gilt als das Problem eher reflektierter Menschen, solcher, die sich die Mühe machen, ihre eigenen Gedanken, Verhaltensweisen oder Gefühle selbst wieder wahrzunehmen, zu bedenken und bewerten. Das Konzept ist ein Alleinstellungsmerkmal der REVT und erst spät auch von der Beckschen Kognitiven Therapie übernommen worden. Die zentrale Gemeinsamkeit zur Definition von Metakognitionen fällt sofort ins Auge: Auch das sekundäre ABC besteht aus irrationalen Überzeugungen über eigene mentale Ereignisse (oder das eigene Verhalten) – sein Input, das A, sind „innere“ Phänomene. Trotzdem sind zwei wichtige Unterschiede zu beachten, in denen das Konzept der Metakognition wirklich über das eines sekundären ABC hinausgeht:

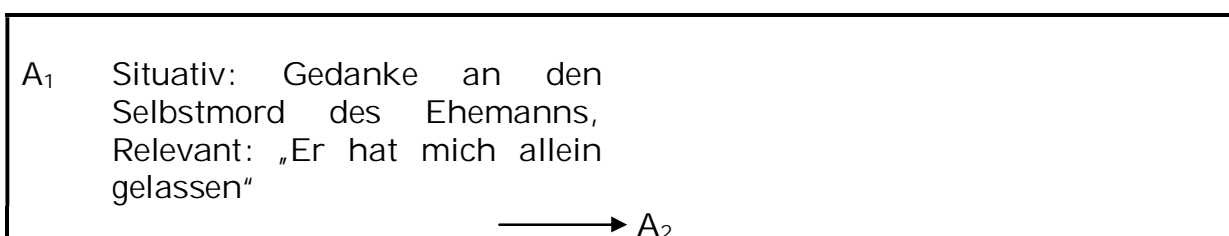
1. Metakognitionen sind vor allem Kognitionen über Kognitionen, das sekundäre ABC knüpft traditionellerweise aber bei den primären Emotionen an - es fasst also Kognitionen über Emotionen: Hinter dieser Differenz steht eher eine Nachlässigkeit der REVT als eine wichtige theoretische Differenz zum Konzept der Metakognition. Es gibt keinen Grund, das sekundäre ABC nicht auch auf die

⁷ Eine Bezeichnung, die den Bezug zum Metakognitionen bereits im Namen anklingen lässt.

Bewertung eigener primärer Überzeugungen zu erweitern. Zudem scheint auch Wells' MCT die Definition von Metakognition nicht ganz so eng zu sehen. Bei seinen oben beschriebenen Metakognitionen zu zwanghaften Ritualen („Wenn ich meine Rituale ausführe, bin ich sicher“, „Ich habe keine Kontrolle über meine Rituale.“) handelt es sich schließlich deutlich um Kognitionen über Handlungen, also über etwas, das im ABC als behaviorales C auftauchen würde (Well, 2009a; S. 162).

2. Das sekundäre ABC erfasst eher ein „Nach-Denken“ über bereits aufgetretene Gedanken, während Metakognitionen eher kognitive Schemata sind, die sich steuernd auf den primären Denkprozess auswirken (so dass er sich etwa z.B. zum Grübeln entwickelt) – sie sind sozusagen „retroaktiv“, eigentlich im Stil eines metakognitiven Schemas: Dieser Unterschied ist theoretisch gravierend und sollte nicht übersehen werden.

Für den praktische Zweck, in der ABC-Analyse der REVT auch Metakognitionen zu berücksichtigen, lassen sich aber beide Unterschiede ausgleichen: Man muss nur zulassen, das sekundäre ABC auch am primären B anzusetzen, und fügt zudem eine Rückwirkungsmöglichkeit ein, wie in dem folgenden Beispiel.



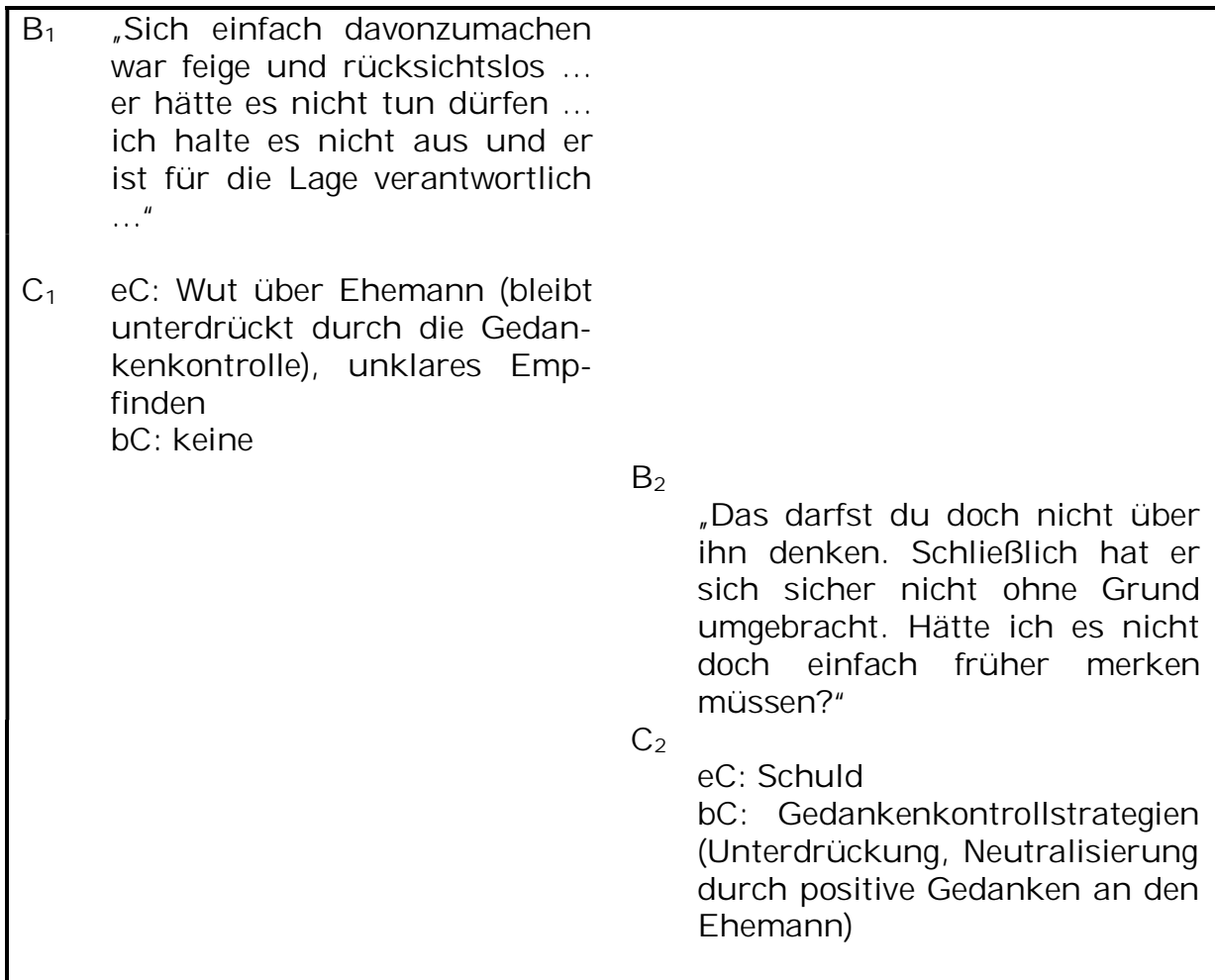


Abb. 2: Beispiel eines primären und sekundären ABC (Metakognition)

Das Beispiel modelliert Metakognitionen im sekundären ABC (z.B. DEM: „So darf ich nicht über ihn denken!“) derart, dass sie über die mit ihnen verbundenen gedanklichen Kontrollstrategien Einfluss auf den Denkstil im primären ABC nehmen: Der Gedankenfluss wird unterbrochen, was im primären C die Unkenntlichkeit eigener Gefühle zur Folge hat.

DISKUSSION

Die Metakognitive Therapie (MCT) hat die traditionelle Schematheorie hinter dem kognitiven Modell durch differenziertere Vorstellungen geistigen Funktionierens ersetzt und so das Augenmerk auf die

Rolle von Metakognition auch bei psychischen Störungen gerichtet. Obwohl sich wichtige theoretische Unterschiede zu traditionellen kognitiven Therapien wie der REVT nicht einfach wegerklären lassen, so ist es nicht unmöglich, mit nur wenigen Umbauten, auch mittels eines traditionellen ABC-Schemas Metakognitionen in die Therapie zu integrieren – z.B. in Gestalt von sekundären ABC's ⁸.

Inhaltlich finden sich bei Adrian Wells einige typische Metakognitionen⁹: Gedanken, welche die Wichtigkeit eines primären Gedanken (oder eines Denkstils wie Sorgenmachen) einschätzen („Wenn ich einen solchen Gedanken habe, dann werde ich auch so handeln“, „So zu denken bedeutet, ein unmoralischer Mensch zu sein“); Gedanken, die dysfunktionale Denkstile als nützlich einschätzen („Sorgenmachen schützt vor zukünftigen Schaden“); Gedanken, die Kognitionen als unkontrollierbar ansehen („Ich kann den Gedanken einfach nicht unterdrücken“). Daraus lassen sich typische Explorationsfragen für Metakognitionen leicht entwickeln: „Wenn sie so denken ... was sagt es über Sie aus? Was dann? Welche Vorteile haben sie davon? Wie gut können Sie es kontrollieren?“). Hat man die Metakognitionen einmal exploriert und ihre Rolle dem Klienten erklärt, dann unterscheidet sich ihre Disputation nicht von derjenigen irrationaler Überzeugungen auf der Objektebene. Für die Zukunft wäre wichtig zu klären, bei welchen Personen eine zusätzliche metakognitive Exploration sinnvoll ist: Neben störungsspezifischen Kriterien (z.B. Zwangsstörung, generali-

⁸ Möglicherweise reicht in vielen Fällen sogar bereits ein einfaches ABC, um Metakognitionen zu analysieren. Dazu muss allerdings die Kognition, auf welche weitere metakognitive Überzeugungen Bezug nehmen, vorab bereits bekannt sein, so dass man sie aus auslösendes A benutzen kann. Bei den sich häufig wiederholenden zwanghaften Intrusionen ist dies gegeben. Geht man aber vom üblichen praktischen Verlauf einer Therapiestunde aus, so wird ein für Metakognitionen interessant aussehender Gedanke erst während der Erhebung eines ersten ABC's auffallen, so dass ein sekundäres ABC als das praxisnähere Vorgehen erscheint.

⁹ Prinzipiell fällt es nicht schwer, auch Metakognitionen als REVT-typische irrationale Überzeugungen zu formulieren: „Ich darf so auf keinen Fall denken“ (Meta-DEM); „Es ist schrecklich, so zu denken“ (Meta-AWF); „Es ist unerträglich, so zu denken“ (Meta-LFT), „So zu denken zeigt, was für ein unmöglicher Mensch ich bin“ (Meta-SD).

sierte Angststörung) wären auch Persönlichkeitseigenschaften interessant, Konzepte ähnlich der „Psychological mindedness“, einer psychische Geneigtheit, verstanden als eine metakognitive Einstellung, das eigene Innenleben zu erforschen. Sie bezeichnet eine verschieden ausgeprägte Sensibilität gegenüber den eigenen Gedanken und Gefühlen und erklärt die individuellen Unterschiede im Bewusstwerden des eigenen Innenlebens (Grant, 2001; S. 170ff.).

LITERATUR

- Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim : Beltz/PVU.
- Beck, A. T. & Hollon, S. (1993). Controversies in Cognitive Therapy: A Dialogue with Aaron T. Beck and Steve Hollon. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 2, S. 79-93.
- DeRubeis, R. J., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2001). Cognitive Therapy, S. 349-392. In: K. S. Dobson (Hrsg.) (2001). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
- Dobson, K. S. & Dozios, D. J. A. (2001). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies, S.3-39. In: K. S. Dobson (Hrsg.) (2001). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York : Guilford Press.
- Dryden, W. (2003). ‚The cream cake made me eat it‘: an introduction to the ABC theory of REBT, 1-21. In: W. Dryden (Hrsg.), *Rational Emotive Behaviour Therapy. Theoretical Developments*. Hove: Brunner-Routledge.
- Ellis, A. (2010). *All Out! An Autobiography* (with Debbie Joffe Ellis). New York : Prometheus Books.
- Ellis, A. (2002). The Role of Irrational Beliefs in Perfectionism, S. 217-230. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Hrsg.). *Perfectionism. Theory, Research, and Treatment*. Washington: APA.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fisher, P. L. (2009). Obsessive Compulsive Disorder: A Comparison of CBT and the Metacognitive Approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 2, S. 107–122.
- Fisher P. L. & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy*. London: Routledge.
- Grant, A.M. (2001). Rethinking psychological mindedness: Metacognition, self-reflection, and insight. *Behavior Change*, 18, S. 8–17.
- Myers, S. G., Fisher, P. L. & Wells, A. (2009). Metacognition and Cognition as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptoms: A Prospective Study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 2, S. 132–142.
- Neumann, A. (2005). *Metakognitionen bei Zwangsstörungen*. Dissertation im Internet. Verfügbar unter: URL: <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2005/71/>
- Nielsen, S. L. (2003). How deep can we go? How deep should we go? Irrational beliefs as schemata, S. 77-106. In: W. Dryden (Hrsg.), *Rational Emotive Behaviour Therapy. Theoretical Developments*. Hove: Brunner-Routledge.

- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2009). A Prospective Test of the Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 2, S. 123–131.
- Warren, R. (2007). Modern Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorders Began in 1933, S. 47-62. In: E. Velten (Ed.). *Under the Influence. Reflections of Albert Ellis in the Work of Others*. Tucson: See Sharp Press.
- Watkins, E. R. (2009). Depressive Rumination and Co-Morbidity: Evidence for Brooding as a Transdiagnostic Process. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27, S. 160-175.
- Weinrach, S. G.; DiGuiseppe, R.; Wolfe, J.; Ellis, A.; Bernard, M. E.; Dryden, W.; Kassinove, H.; Morris, G. B., & Vernon, A. (2006). Rational Emotive Behavior Therapy after Ellis: Predictions for the Future. *Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24, 4, S. 199-215.
- Weishaar, M. E. (1993). *Aaron T. Beck*. London: Sage.
- Wells, A. (2009a). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2009b). Introduction to the Special Section on Metacognition. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 2, S. 105–106.
- Wells, A. (2009c). Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Vortrag und Workshop im Rahmen der Jahrestagung DVT, Münster*, Oktober 2-4.10.
- Wells, A. (2000): *Emotional Disorders & Metacognition. Innovative Cognitive Therapie*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion*. A clinical perspective. Hove: Erlbaum.
- Zuroff, D. C. (1992). New directions for cognitive models of depression. *Psychological Inquiry*, 3, S. 274-277.

Zum Autor

Nils Spitzer, Dipl.-Psych., M.A. (Soz. & n.d. Lit.-Wiss.), Psychologischer Psychotherapeut, Ausbildung in kognitiver Verhaltenstherapie und Rational-Emotiver Verhaltenstherapie (REVT), tätig in eigener Praxis, Dozent in den Therapieausbildungen zur REVT (DIREKT e.V., Würzburg) und bei der DGVT, Interessenschwerpunkte: Weiterentwicklungen in den kognitiven Therapien, Ideengeschichte kognitiver Therapien, „In-Session“-Fokus, Zwangsstörungen, Internetabhängigkeit