



Leseprobe aus: Wells, Metakognitive Psychotherapie, ISBN 978-3-621-27798-3

© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27798-3>

Es existieren sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten zwischen DM und anderen Achtsamkeitsmethoden. DM nimmt Einfluss auf das CAS und ermöglicht die Entwicklung von neuem metakognitivem Wissen. Die Merkmale von DM ergeben sich aus dem metakognitiven Modell.

Das Kapitel beschreibt zehn Techniken, um DM im Rahmen der Metakognitiven Therapie zu fördern. In der Behandlung setzt der Therapeut diese Techniken besonders häufig während der ersten Sitzungen ein. Sie stellen nur eine Komponente des Behandlungsprozesses dar und sollten nicht als Strategien missverstanden werden, die intensiv geübt werden müssen und allein den Erfolg der Behandlung bestimmen. Es handelt sich vielmehr um nützliche Werkzeuge, die eingesetzt werden, um metakognitive Veränderungen und den Übergang vom kognitiven zum metakognitiven Modus der Verarbeitung zu erleichtern.

6 Generalisierte Angststörung

Die Generalisierte Angststörung (GAS) ist die Angststörung mit der höchsten Prävalenz. Die Kernprozesse der Generalisierten Angststörung finden sich auch bei allen anderen Angststörungen (z. B. Barlow, 2002).

Die Generalisierte Angststörung ist durch exzessives und schwer zu kontrollierendes Sich-Sorgen und verschiedene Angstsymptome gekennzeichnet. Um die Diagnosekriterien einer Generalisierten Angststörung zu erfüllen, müssen die Sorgen mindestens zwei verschiedene Lebensbereiche betreffen, z. B. Gesundheit, soziale Beziehungen, Familie oder die finanzielle Situation. Die exakten diagnostischen Kriterien dieser Störung nach DSM-IV-TR und ICD-10 sind in Tabelle 6.1 zusammengefasst.

Tabelle 6.1 Diagnostische Kriterien für die Generalisierte Angststörung

DSM-IV-TR	ICD-10
<p>A: Exzessive Angst und Sorgen an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten. Mindestens zwei verschiedene Lebensbereiche.</p> <p>B: Die Person findet es schwierig, ihre Sorgen zu kontrollieren.</p> <p>C: Angst und Sorgen gehen mit mindestens drei der folgenden Symptome einher: Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Reizbarkeit, Muskelverspannungen, Schlafstörungen.</p> <p>D: Der Fokus der Sorgen ist nicht auf eine andere Achse-I-Störung begrenzt.</p> <p>E: Angst, Sorgen oder körperliche Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden.</p> <p>F: Die Angst ist nicht auf den Gebrauch von Substanzen oder eine körperliche Erkrankung zurückzuführen.</p>	<p>Generalisierte Angst, die sich nicht auf bestimmte Situationen beschränkt, also freiflottierend ist</p> <p>Leitlinien: Angstsymptome an den meisten Tagen über mindestens mehrere Wochen, meist Monate:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Befürchtungen, z. B. Sorgen über künftiges Unglück, Nervosität etc.2. motorische Spannung, z. B. körperliche Unruhe, Zittern etc.3. vegetative Übererregbarkeit, z. B. Schwitzen, Schwindelgefühle etc. <p>Kinder haben oft das Bedürfnis nach Beruhigung und somatische Beschwerden.</p> <p>Der Betroffene darf nicht die Kriterien für eine depressive Episode, phobische Störung, Panikstörung oder Zwangsstörung voll erfüllen.</p> <p>Dazugehörige Begriffe: Angstneurose, Angstreaktion, Angstzustand</p> <p>Ausschluss: Neurasthenie</p>

Menschen mit einer Generalisierten Angststörung erzählen häufig, dass sie sich zeit ihres Lebens viele Sorgen gemacht haben. Sorgen und Angst können sich sehr störend auf die Funktionsfähigkeit im zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich auswirken. Der Fokus der vorherrschenden Sorge eines Patienten verändert sich in kurzen oder längeren Zeiträumen. Er ist nicht auf ein Thema festgelegt oder durch eine andere Achse-I-Störung besser erklärbar. So ist sie z. B. nicht auf das Sprechen vor einer Gruppe begrenzt, wie bei der sozialen Phobie, nicht auf die körperliche Gesundheit wie bei der Hypochondrie und auch nicht auf das Auftreten einer Panikattacke, wie bei der Panikstörung. Solche spezifischen Sorgen werden besser durch eine andere Diagnose erklärt.

Sich-Sorgen ist das kognitive Leitsymptom der Störung. Der Therapeut muss in der Lage sein, Sich-Sorgen zu erkennen und er muss es von anderen ähnlichen Typen mentaler Aktivität, nämlich Grübeln und zwangsgestörtem Denken unterscheiden.

Sich-Sorgen ist definiert als eine Kette negativer, überwiegend verbaler Gedanken, die das Lösen von Problemen zum Ziel haben (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983). Der kettenartige verbale Charakter des Sorgenprozesses lässt sich im folgenden Fallbeispiel gut erkennen.

Beispiel

»Ich hab mir schon Sorgen gemacht, bevor ich überhaupt bei der Arbeit angekommen war. Ich dachte daran, was passieren würde, wenn mein Auto kaputt ginge: Ich käme dann zu spät, ich müsste mich entschuldigen, meine Vorgesetzte könnte ärgerlich auf mich sein. Was wäre, wenn sie mich nach meiner Meinung fragt und ich nicht vorbereitet bin? Ich mache mir ständig Sorgen und frage mich, ob ich das Richtige getan habe oder ob ich in dem Bericht einen Fehler gemacht habe. Was, wenn er nicht gut genug ist? Sie würde denken, dass ich inkompetent bin. Was, wenn sie bedauern würde, mich eingestellt zu haben? Was sollte ich sagen, wenn sie mich etwas fragt, das ich nicht weiß? Es war alles zu viel. Ich habe mir vor und während des Meetings Sorgen gemacht, und als ich zurück in meinem Büro war, konnte ich einfach nicht mehr. Ich verlor die Fassung und brach in Tränen aus.«

Sich-Sorgen beinhaltet Katastrophisieren und ist subjektiv schwer zu kontrollieren. Der Prozess ist als Bewältigungsstrategie angesehen worden, kann jedoch sogar selbst in den Fokus von Sorgen geraten (Wells, 1995). Dieses Sich-Sorgen über das Sich-Sorgen ist ein Schlüsselkonzept im metakognitiven Ansatz der Behandlung der Generalisierten Angststörung.

Sich-Sorgen kann als ich-synton beschrieben werden, es wird normalerweise als Persönlichkeitsmerkmal wahrgenommen und steht damit nicht im Gegensatz zum Selbstbild einer Person. Andere Arten von perseverierendem negativem Denken, wie z. B. Zwangsgedanken, sind dagegen ich-dyston, sie werden als unangemessen, abscheulich und eklig angesehen. Ein Beispiel hierfür ist ein religiöser Mensch mit blasphemischen Gedanken.

In einem Vergleich von Zwangsgedanken und Sorgen wurden einige Unterschiede offenbar (Wells & Morrison, 1994). Zwangsgedanken waren von kürzerer Dauer und beinhalteten mehr bildliche Vorstellungen, während Sorgen eher verbal oder intentional waren. Eine weitere Unterscheidung ist, dass Zwangsgedanken aus Antrieben und Impulsen bestehen können, die für Sorgen untypisch sind. Depressives Grübeln ist auch ich-synton, da die Patienten es oft als Mittel zum Verständnis von Gefühlen und Bearbeiten von Problemen ansehen. Obwohl viele Ähnlichkeiten zwischen ängstlichen und depressiven Gedanken bestehen (Papageorgiou & Wells, 1999b), scheint es auch hier einige Unterschiede zu geben. Sich-Sorgen ist eher zukunftsorientiert, wohingegen depressives Grübeln sich eher auf die Vergangenheit bezieht. Sorgen und ängstliche Gedanken beschäftigen sich mit Gefahren, beim Grübeln hingegen geht es eher um Verlust, Versagen und persönliche Unzulänglichkeit.

Die Allgegenwart von Sorgen

Das metakognitive Modell psychischer Störungen geht davon aus, dass Sich-Sorgen eine zentrale Komponente des CAS (Cognitive Attentional Syndroms) ist, die zu allen Formen von Psychopathologie beiträgt. Die Generalisierte Angststörung kann als die archetypische Manifestation des CAS betrachtet werden. Die Anwendung Metakognitiver Therapie bei dieser Störung bietet daher die Grundlage für die Behandlung von unkontrollierbaren Sorgenprozessen bei einem breiten Spektrum psychischer Störungen.

Viele in diesem Kapitel vorgestellte Strategien spielen auch in der Behandlung von anderen Störungen eine wesentliche Rolle. Ihr Einsatz muss natürlich an die Faktoren des jeweiligen störungsspezifischen Fallkonzepts angepasst werden.

Es wäre nur logisch, wenn das Sich-Sorgen bei der Generalisierten Angststörung etwas Besonderes hätte, das es zu einem derartigen Problem für die Betroffenen macht. Wissenschaftliche Studien zeigen allerdings, dass dies nicht der Fall ist. Inhalt und Natur der Sorgen bei der Generalisierten Angststörung sind normalen Sorgen sehr ähnlich (z. B. Ruscio & Borkovec, 2004). Dennoch existiert ein deutlicher Unterschied, der auch durch das metakognitive Modell vorhergesagt wurde: Patienten mit Generalisierter Angststörung haben ausgeprägter negative Gedanken und Überzeugungen über das Sich-Sorgen selbst (Wells & Carter, 2001; Ruscio & Borkovec, 2004).

Ist Sich-Sorgen beeinflussbar?

Sich-Sorgen wird häufig als schwer steuerbar erlebt, was jedoch nicht bedeutet, dass es nicht leicht beeinflusst werden kann. Der Patient und der Therapeut müssen das Wesen von möglichen und unmöglichen sowie effektiven und ineffektiven Kontrollstrategien verstehen. Sich-Sorgen ist ein langsamer konzeptueller kognitiver Prozess. Wesentlicher Bestandteil ist das Nachdenken über neuartige zukünftige Ereignisse und die entsprechenden Bewältigungsmöglichkeiten. Dieses Nachdenken wird leicht durch Feedback aus inneren oder äußeren Quellen verändert. Die bewusste, strategische Natur des Sich-Sorgens bedeutet, dass es für willentliche Kont-

rolle gut zugänglich ist, und zwar selbst dann, wenn das Bewusstsein für Kontrolle niedrig oder gar nicht existent ist. Allerdings muss man unterscheiden zwischen intrusiven Gedanken, die eher automatisch und unwillentlich auftreten und Auslöser für das Sich-Sorgen sind, und dem Sich-Sorgen selbst. Dieses ist ein perseverierender, auf konzeptueller Verarbeitung basierender, kognitiver Prozess, der eine Reaktion auf Intrusionen ist. Ein Ziel in der Metakognitiven Therapie ist es, diesen Prozess zu beschränken oder zu beenden. Die Behandlung zielt nicht auf Kontrolle oder Unterdrückung von intrusiven Gedanken, die das Sich-Sorgen auslösen. Metakognitive Therapie nutzt das Erreichen von Kontrolle über perseverierendes Denken oder Sich-Sorgen auch, um metakognitive Überzeugungen des Patienten in Frage zu stellen.

6.1 Das metakognitive Modell der Generalisierten Angststörung

Das metakognitive Modell der Generalisierten Angststörung (Wells, 1995, 1997) ist in Abbildung 6.1 schematisch dargestellt. Es geht davon aus, dass Menschen mit Generalisierter Angststörung das Sich-Sorgen als vorherrschende Strategie einsetzen, um zukünftige Probleme zu antizipieren und Möglichkeiten ihrer Bewältigung zu entwickeln. Sich-Sorgen folgt in der Regel auf einen intrusiven, negativen Gedanken (z. B. »Was wäre, wenn ich in einen Unfall habe?«). Dies ist nicht zwangsläufig ein Problem. Theoretisch wäre es auch möglich, ein glücklicher besorgter Mensch zu sein, solange man glaubt, dass der Sorgenprozess effektiv ist und vor Gefahren schützt. Gewöhnlichen Sorgen über äußere Ereignisse, über zwischenmenschliche oder gesundheitliche Angelegenheiten werden Typ-1-Sorgen genannt. Sich-Sorgen als Bewältigungsstrategie hängt mit positiven metakognitiven Überzeugungen zusammen, die sich bei den meisten Menschen bis zu einem gewissen Grad finden. Sie beinhalten Überzeugungen wie »wenn ich mir Sorgen mache, vermeide ich Probleme in der Zukunft«, »Sich-Sorgen bedeutet, vorbereitet zu sein« und »sich Sorgen hilft mir, Probleme zu bewältigen«. Ausschlaggebend für den Übergang zur Generalisierten Angststörung sind die negativen metakognitiven Überzeugungen.

Eine Generalisierte Angststörung entwickelt sich, wenn negative Überzeugungen über das Sich-Sorgen aktiviert werden. Zwei Arten von negativen Überzeugungen sind besonders wichtig:

- ▶ negative Überzeugungen über die Unkontrollierbarkeit des Sich-Sorgens und
- ▶ negative Überzeugungen über die Schädlichkeit des Sich-Sorgens.

Letztere Kategorie enthält Überzeugungen, dass das Sich-Sorgen zu körperlichen (z. B. Herzinfarkt), psychologischen (z. B. Nervenzusammenbruch) oder interpersonellen (z. B. Zurückweisung durch andere) Katastrophen führen kann.

Beispiele von metakognitiven Überzeugungen über das Sich-Sorgen bei der Generalisierten Angststörung

Positive metakognitive Überzeugungen

- »Sich-Sorgen-Machen hilft mir, Probleme zu bewältigen«
- »Wenn ich mir Sorgen mache, bin ich vorbereitet«
- »Sich-Sorgen-Machen gibt mir Kontrolle«
- »Wenn ich mich Sorge, kann ich Probleme antizipieren und vermeiden«

Negative metakognitive Überzeugungen bezüglich Unkontrollierbarkeit

- »Ich habe keine Kontrolle über das Sich-Sorgen-Machen«
- »Meine Sorgen haben die Kontrolle über mich übernommen«
- »Ich habe die Kontrolle über meine Gedanken verloren«
- »Meine Sorgen sind unkontrollierbar«

Negative metakognitive Überzeugungen bezüglich Gefahr

- »Durch das Sich-Sorgen-Machen könnte ich den Verstand verlieren«
- »Das Sich-Sorgen-Machen wird meinen Körper schädigen«
- »Ich könnte durch das Sich-Sorgen-Machen verrückt werden«
- »Ich werde durch das Sich-Sorgen-Machen noch einen Nervenzusammenbruch bekommen«.

Wenn negative metakognitive Überzeugungen erst aktiviert sind, dann bewertet eine Person das Sich-Sorgen negativ. Sie macht sich Sorgen über das Sich-Sorgen, was verstärkte Angst und den Gedanken, die Situation nicht bewältigen zu können, zur Folge hat. Sich sorgen über das Sich-Sorgen ist ein Beispiel für eine metakognitive Bewertung (eine Interpretation eines kognitiven Prozesses). Diese Sorgen werden Metasorgen oder Typ-2-Sorgen genannt (Wells, 1994), um zu kennzeichnen, dass es sich um die negative Bewertung von Sorgen und die damit verbundenen Symptome handelt. Beispiele für Metasorgen sind »ich verliere die Kontrolle«, »ich werde verrückt«, »ich schädige meinen Körper«. Angstsymptome werden häufig als ein Zeichen für die gefährlichen und schädlichen Effekte des Sich-Sorgens fehlinterpretiert, was zu einer Verstärkung der negativen Überzeugungen und zu einer Spirale ansteigender Angst führt. Panikattacken ereignen sich, wenn diese metakognitiven Interpretationen eine direkt bevorstehende Katastrophe vorhersagen, wie z. B. einen Herzinfarkt oder Nervenzusammenbruch.

Typ-2-Sorgen (Metasorgen) beeinflussen zwei weitere Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der Problematik beitragen. Diese sind im Modell gesondert als Bewältigungsstrategien und Gedankenkontrollstrategien aufgeführt. Der Hauptgrund dieser Unterscheidung liegt darin, den Patienten dabei zu unterstützen, sich mit dem Modell vertraut zu machen. Insbesondere die Dynamik von Gedankenkontrollstrategien lohnt den Einsatz einer genaueren Betrachtung.

Bewältigungsstrategien bestehen in der Suche nach Rückversicherungen, Vermeidungsverhalten, Suche nach Informationen (z. B. im Internet surfen), Ablenkung oder Alkoholkonsum. Diese Verhaltensweisen erhalten negative Einschätzungen und Über-

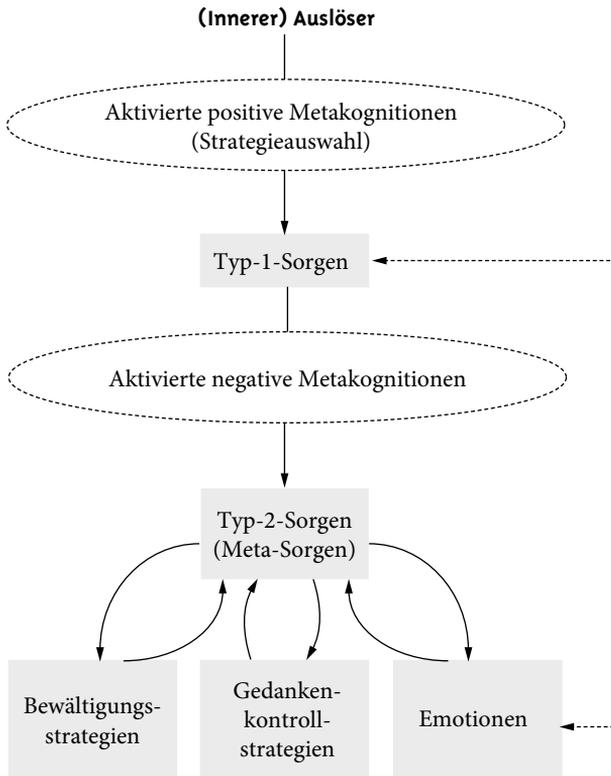


Abbildung 6.1 Das metakognitive Modell der Generalisierten Angststörung (nach Wells, 1997)

zeugungen über das Sich-Sorgen aufrecht. Sie untergraben den Prozess der Selbstkontrolle, indem sie die Kontrolle an externe Faktoren abgeben. Eine Patientin bat beispielsweise ihren Ehemann, sie täglich zu festgelegten Zeiten anzurufen, um sicher zu sein, dass ihm nichts zugestoßen ist. Dies verhinderte die Erfahrung der Beeinflussbarkeit von Sorgen. Die Überzeugung, dass Sorgen unkontrollierbar sind, blieb erhalten. Zudem bot ihre Strategie viel mehr Gelegenheiten für das Entstehen von Unsicherheit, nämlich immer dann, wenn ihr Ehemann verhindert war, sie anzurufen. Dies wurden zusätzliche Auslöser für Sich-Sorgen. Manche Patienten versuchen, ihr Sich-Sorgen zu kontrollieren oder zu vermeiden, indem sie nach Informationen im Internet suchen. Ein Patient beschrieb, wie er sich Sorgen über das Auftreten eines dunklen Hautareals an seinem Oberarm machte. Um seine Sorgen zu kontrollieren, recherchierte er im Internet nach möglichen Ursachen für Verfärbungen der Haut. Er tat dies in der Hoffnung, Informationen zu finden, die seine Sorgen reduzieren würden. Tatsächlich entdeckte er jedoch neue gefährliche Möglichkeiten, an die er bisher noch gar nicht gedacht hatte und die Auslöser für weitere Sorgen waren. Dieses Beispiel zeigt, dass manche Strategien der Patienten »nach hinten losgehen« und ihrerseits zu Auslösern für neues Sich-Sorgen werden. Einige dieser Strategien stop-

pen zwar das Sich-Sorgen, verhindern aber, dass der Patient die Erfahrung macht, dass der Sorgenprozess auch mit intrapsychischen Mitteln beendet werden kann. Sie verhindern auch die Entdeckung, dass selbst anhaltendes Sich-Sorgen nicht zu den befürchteten negativen Konsequenzen wie einem Herzinfarkt oder einem Nervenzusammenbruch führt.

Oftmals setzen Patienten auch Gedankenkontrollstrategien ein. Zu diesen dysfunktionalen Strategien gehören:

- (1) die Unterdrückung von Gedanken an Auslöser von Sorgen und
- (2) die Unfähigkeit, sich vom einmal aktivierten Sorgenprozess wieder zu lösen.

Unterdrückung von Gedanken bezeichnet den Versuch, keine Gedanken zu denken, die Sich-Sorgen auslösen könnten. Beispiel: Ein Patient macht sich am Arbeitsplatz laufend über seine Leistung Sorgen. Er versucht, in der Freizeit alle Gedanken an die Arbeit zu unterdrücken. Unglücklicherweise ist das Unterdrücken von Gedanken nicht wirklich effektiv. Das Scheitern dieses Versuchs kann Überzeugungen, keine Kontrolle über seine Gedanken zu haben, verstärken und zu einem paradoxen vermehrten Auftreten von auslösenden Gedanken führen. Der zweite wichtige Prozess ist die Unfähigkeit, den aktivierten Sorgenprozess zu stoppen. Dies zeigt sich im fortlaufenden Durchgehen eines Sorgengedankens, um eine Bewältigungsstrategie zu finden, oder im Versuch, sich mit Selbstgesprächen zu beruhigen. Es handelt sich um einen perseverierenden kognitiven Prozess auf der konzeptuell-inhaltlichen Ebene. Die hat zwangsläufig zur Folge, dass der Patient den sich ständig wiederholenden Bewältigungsprozess nicht unterbrechen kann. Mehrere Faktoren tragen dazu bei: Viele Menschen glauben, dass Verzicht auf Sich-Sorgen gleichbedeutend damit ist, gar nicht erst zu versuchen, eine Situation zu bewältigen (da Sich-Sorgen eine Hauptbewältigungsstrategie ist). Anderen fehlt das Bewusstsein für ihre Kontrollmöglichkeiten. Sie gehen davon aus, dass ihr Sorgenproblem unlösbar ist (z. B. Sich-Sorgen ist Teil meiner Persönlichkeit). Häufig fehlen Betroffenen persönliche Erfahrungen der Kontrolle über den Sorgenprozess, die ihre Überzeugungen über seine Unkontrollierbarkeit verändern würden.

Praktische Anwendung des Modells

Anhand des Beispiels einer Sorgenepisode soll im Folgenden die Funktionsweise des Modells und seiner einzelnen Komponenten erläutert werden.

Eine belastende Sorgenepisode wird durch einen ersten intrusiven Gedanken, manchmal auch durch ein negatives inneres Bild ausgelöst, typischerweise in Form einer »Was wäre, wenn...?«-Frage (z. B. »Was wäre, wenn mein Partner einen Unfall hat?«). Dieser Auslöser aktiviert latent vorhandene positive metakognitive Überzeugungen über die Notwendigkeit andauernder Katastrophengedanken (Typ-1-Sorgen) als Mittel, um Probleme vorhersehen und bewältigen zu können. Diese Typ-1-Sorgen haben unmittelbar ein verstärktes Auftreten emotionaler Symptome zur Folge. Sie können aber im nächsten Schritt auch zu einer Reduktion negativer Emotionen führen, falls das Ziel des Sich-Sorgens erreicht wird. Das Ziel besteht oft in der Einschätzung, die meisten gefährlichen Situationen durchdacht zu haben, oder der Erwartung, sie bewältigen zu können.

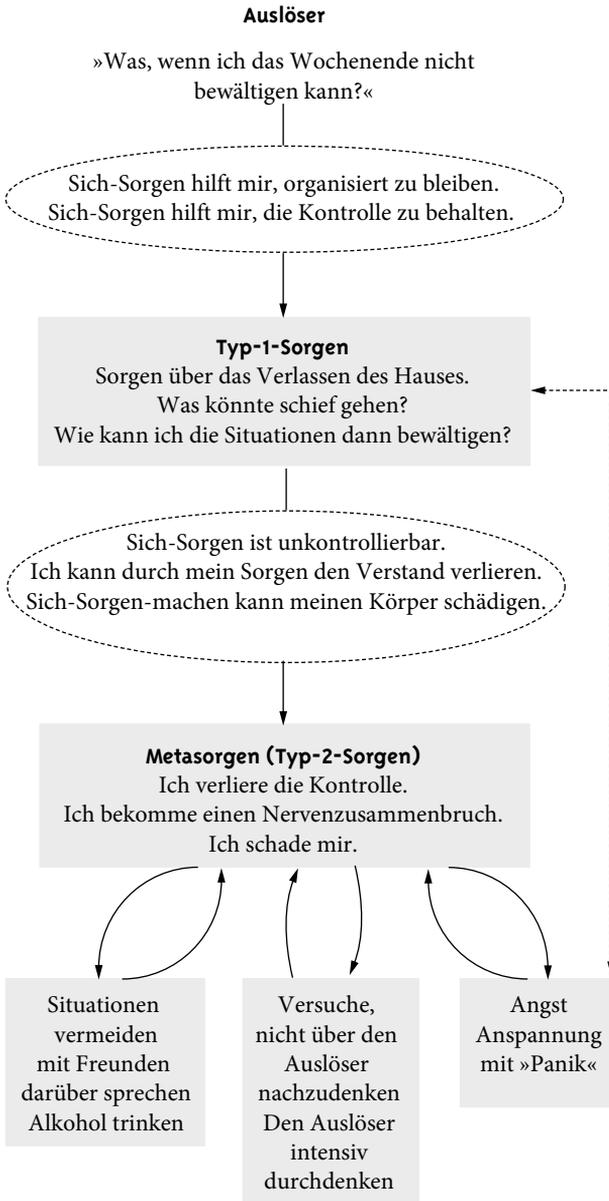


Abbildung 6.2 Beispiel für ein individuelles Fallkonzept bei einer Generalisierten Angststörung

Bei der Generalisierten Angststörung werden während einer Sorgensequenz negative Überzeugungen über die Unkontrollierbarkeit und die gefährliche Natur von Sorgen aktiviert. Dies führt zu einer negativen Interpretation von Sorgen (Typ-2-Sorgen) und vermehrter Angst. Für den Patienten ist es unter diesen Umständen schwerer, einen Punkt zu erreichen, der ein Sicherheitssignal ist und ermöglicht,

das Sich-Sorgen zu beenden. Er sieht sich dann weniger in der Lage, die Situation zu bewältigen.

Jetzt werden Vermeidungsverhalten und Gedankenkontrollstrategien eingesetzt, um die negativen Effekte des Sich-Sorgens zu verhindern. Viele dieser Strategien sind nicht wirksam oder haben paradoxe Effekte. Sie führen zu einer Intensivierung der Beschäftigung mit negativen Überzeugungen über die Unkontrollierbarkeit und die Gefährlichkeit von Sorgen. Dadurch wird es wahrscheinlicher, dass diese Überzeugungen eine vorherrschende Rolle in zukünftigen Sorgenepisoden spielen. Abbildung 6.2 veranschaulicht dieses metakognitive Modell anhand eines Fallbeispiels.

6.2 Die Struktur der Behandlung: Acht Stufen

Die Behandlung erfolgt in einer Abfolge von Stufen. Die für jede Stufe benötigte Anzahl an Sitzungen variiert in Abhängigkeit von Faktoren auf Seiten des Patienten und des Therapeuten. Patientenfaktoren sind das Ausmaß an Einsicht, Motivation und Engagement bei den Hausaufgaben. Auf Seiten des Therapeuten spielen Fertigkeiten und Erfahrung in der Anwendung von Metakognitiver Therapie eine Rolle. Die Abfolge der Behandlungsstufen ist die folgende:

1. Erarbeitung des Fallkonzepts
2. Vertrautmachen mit dem metakognitiven Modell
3. Einführung in den metakognitiven Modus
4. Kritische Überprüfung von metakognitiven Überzeugungen bezüglich Unkontrollierbarkeit des Sich-Sorgens
5. Kritische Überprüfung von metakognitiven Überzeugungen bezüglich vom Sich-Sorgen ausgehenden Gefahren
6. Kritische Überprüfung von positiven metakognitiven Überzeugungen bezüglich des Sich-Sorgens
7. Ausarbeitung neuer Pläne für die Verarbeitung von Sorgen
8. Rückfallprophylaxe.

Die Behandlung dauert typischerweise fünf bis zehn Sitzungen, ein in Metakognitiver Therapie erfahrener Therapeut benötigt in der Regel acht Sitzungen. Im Folgenden wird die Implementierung jeder dieser Behandlungsstufen im Detail beschrieben.

6.2.1 Das individuelle Fallkonzept

Psychometrische Instrumente

Zur Erstellung eines individuellen Fallkonzepts benötigte psychometrische Instrumente sind:

- ▶ Skala zur Generalisierten Angststörung (GADS-R, s. Anhang 7)
- ▶ Interview zum Fallkonzept der Generalisierten Angststörung (Anhang 11)
- ▶ Behandlungsplan der Generalisierten Angststörung.

Der Therapeut beginnt mit der GADS-R und erhebt mit ihrer Hilfe die negativen und positiven metakognitiven Überzeugungen des Patienten. Er gewinnt einen Überblick über die Metakognitionen des Patienten und sammelt das Material, das er für die Erstellung des individuellen Fallkonzepts benötigt. Diese Skala bietet auch einen Überblick über die wichtigsten Vermeidungsstrategien. Diese können bei der Generalisierten Angststörung sehr subtil sein. Andere Messinstrumente, die möglichst schon vor der Sitzung ausgefüllt worden sind, sind das Beck Angst Inventar (BAI; Beck et al., 1988) und das Beck Depressions Inventar II (BDI-II; Beck et. al., 1996).

Agenda der ersten Sitzung

Die Behandlungssitzung beginnt mit dem Erstellen einer Agenda:

»In der heutigen Sitzung möchte ich mit Ihnen eine belastende Sorgenepisode aus der letzten Zeit genau durchgehen. So können wir herausfinden, was Ihr Sorgenproblem aufrechterhält, und gemeinsam überlegen, wie Sie Ihre Angst überwinden können. Ich erkläre Ihnen auch gerne mehr über Metakognitive Therapie und was Sie von der Behandlung erwarten dürfen. Gibt es etwas, das Sie gerne auf die Agenda setzen würden und worüber Sie heute sprechen möchten?«

Erarbeitung eines individuellen Fallkonzepts

Der nächste Schritt ist, anhand einer kürzlich aufgetretenen, belastenden Sorgenepisode des Patienten mit ihm eine individuelle Version des metakognitiven Modells zu erarbeiten. Es ist wichtig, dass der Therapeut auf eine konkrete, kurz zurückliegende Episode fokussiert und nicht versucht, die für den Patienten typischen Prozesse allgemeingültig zu konzeptualisieren.

Hilfreich ist es, die Fragen in einer bestimmten Abfolge zu stellen (für die Reihenfolge: s. Interview zur Erstellung eines individuellen Fallkonzepts bei Generalisierter Angststörung, Anhang 11). Jede Ziffer des Modells ist mit einer bestimmten Interviewfrage verknüpft, um die erforderlichen Inhalte für jeden Aspekt des Modells zu erheben.

Nachfolgend veranschaulichen wir die Fragen anhand eines Beispieldialogs. Das daraus resultierende Fallkonzept zeigt Abbildung 6.3.

Th: Wann haben Sie sich das letzte Mal Sorgen gemacht, so dass es belastend war?

P: Vor 2 Wochen.

Th: War das eine typische Sorgenepisode?

P: Ja, allerdings habe ich in der Situation keine Panik bekommen.

Th: Gut. Lassen Sie uns diese Episode genauer betrachten. Ganz kurz, wo waren Sie?

P: Ich war zuhause und sah ein Polizeiauto vorbeifahren. Ich begann mir Sorgen zu machen, dass sie eines Tages zu mir kommen könnten, um mir schlechte Nachrichten zu überbringen, und wie ich dann Schwierigkeiten hätte, das zu bewältigen.

Th: Ok, ich brauche das noch ein bisschen genauer. Was war der erste Gedanke, der Ihnen durch den Kopf ging, als Sie das Polizeiauto sahen? War es eine »Was wäre,