

SORGEN

ULRICH SCHWEIGER & VALERIJA SIPOS

Universität zu Lübeck

ZUSAMMENFASSUNG: Repetitive kognitive Prozesse wie Sorgen sind ein wesentlicher aufrechterhaltender transdiagnostischer Faktor von Psychopathologie. Der Artikel gibt einen Überblick zu grundlegenden Konzepten und therapeutischen Ansatzpunkten bei Sorgen.

STICHWÖRTER: Repetitive kognitive Prozesse, Sorgen, Generalisierte Angststörung, Metakognitive Therapie

WORRY AND METACOGNITION

ABSTRACT: Repetitive negative thinking processes like worry are essential maintaining transdiagnostic factors of psychopathology. The article reviews basic concepts and therapeutic techniques addressing worry processes.

KEYWORDS: repetitive cognitive processes, worry, generalized anxiety disorder, metacognitive therapy

METAKOGNITIVE PROZESSE ALS AUFRECHTERHALTENDER FAKTOR VON ÄNGSTSTÖRUNGEN

Repetitives negatives Denken ist ein transdiagnostisches Phänomen (McEvoy, Watson, Watkins & Nathan, 2013). Repetitive kognitive Prozesse sind ein wichtiges klinisches Merkmal von Angststörungen, depressiven Störungen, somatoformen Störungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen. Wichtige spezifische metakognitive Prozesse sind Grübeln

(repetitive kognitive Prozesse, die auf Auswertung negativer Ereignisse in der Vergangenheit ausgerichtet sind), Sorgen (repetitive kognitive Prozesse, die auf Verhinderung negativer Ereignisse in der Zukunft ausgerichtet sind) und Bedrohungsmonitoring (Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf spezifische Gefahrenmomente in der gegenwärtigen Umwelt). Es besteht eine hohe Interkorrelation zwischen Grübeln und Sorgen. Man kann allerdings störungsspezifische kognitive Profile feststellen: Grübeln ist sehr viel

häufiger bei depressiven Störungen, während Sorgen mehr bei der Generalisierten Angststörung zu finden ist (Hendriks et al., 2014). Sorgenprozesse sind im DSM ein definierendes Merkmal der Generalisierten Angststörung, Grübeln dagegen nicht für depressive Störungen (Kupfer & Regier, 2013). Innerhalb der metakognitiven Therapie wurde die Idee entwickelt, dass metakognitive Prozesse die wesentlichen aufrechterhaltenden Faktoren von Angststörungen darstellen und es deshalb erforderlich ist, diese Prozesse mit spezifischen Interventionen zu adressieren.

MERKMALE VON SORGEN

Mentale Simulation von verschiedenen möglichen zukünftigen Ereignissen und eigenen Verhaltensweisen sowie planerisches Denken zur Antizipation von gefährlichen Ereignissen sind wesentliche Funktionen des menschlichen Frontalhirns. Adaptives planerisches Denken zeichnet sich durch die Abwägung von Nutzen und Nachteilen verschiedener Handlungsoptionen und durch den Einsatz von Heuristiken im Umgang mit Risiko und Unsicherheit aus (Gigerenzer & Gaissmaier, 2011). Sorgenprozesse können als „sauergeradenes“ planerisches Denken verstanden werden. Sorgen werden häufig subjektiv als wenig steuerbar, unangenehm oder quälend erlebt. Tatsächlich sind Sorgenprozesse häufig hochgradig automatisiert, was nur scheinbar im Gegensatz dazu steht, dass es sich bei Sorgen um ein intentionales, zielgerichtetes Verhalten handelt. Sorgen dienen der Antizipation von negativen Ereignissen, der Vermeidung von negativen Ereignissen, der Vorbereitung auf nicht vermeidbare negative Ereignisse und insbesondere Vermeidung von Enttäuschung, d.h. Überraschung durch ein negatives Ereignis, und auch der

Vermeidung von Schuld aufgrund von unzureichender Vorbereitung. Der instrumentelle Charakter von Sorgen wird in der Praxis dadurch deutlich, dass die Anregung, Sorgenprozesse zeitlich zu verschieben, von vielen Patienten zunächst als gefährlich wahrgenommen wird. Patienten erleben Sorgen zwar als belastend, befürchten aber durch einen Verzicht auf Sorgen nicht mehr ausreichend auf negative Ereignisse vorbereitet zu sein.

INHALTE VON SORGEN

Die Inhalte von Sorgen können in zwei Typen unterschieden werden (Wells, 2005): Typ-1-Sorgen beschäftigen sich direkt mit möglichen Quellen von Gefährdung, Typ-2-Sorgen oder Meta-Sorgen beschäftigen sich mit der Gefahr, die von nicht ausreichend gesteuerten kognitiven Prozessen ausgeht.

TYP-1-SORGEN: HÄUFIGE THEMEN

Unfälle, Naturkatastrophen, Gewalt, Infektion, Vergiftung, Tumorerkrankungen, Herz-Kreislauf-erkrankungen, fehlende Gesundheitsversorgung, Partnerschafts-probleme, Probleme mit Kindern, verlassen werden, Einsamkeit, Probleme am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, finanzielle Verluste, Armut, politische Veränderungen, Veränderungen der Umwelt, Zerstörung der Umwelt, kosmische Katastrophen.

TYP-2-SORGEN: HÄUFIGE THEMEN

Eigene zirkuläre kognitive Prozesse, insbesondere die Erfahrung der zunehmenden Präsenz von Sorgen, bedrohlichen

Themen und deren Auswirkungen auf eigenes Wohlbefinden und Gesundheit. Schwierigkeiten damit, Sorgen und andere zirkuläre kognitive Prozesse zu stoppen oder zu unterdrücken.

STRUKTUR VON SORGEN

Sorgen haben häufig die Struktur von „Was-Wenn-Fragen“. Beispiel: „Was, wenn mich jemand in der U-Bahn angreift und mir niemand zu Hilfe kommt?“ Dabei kommt es häufig zu einer Endlosschleife mit vielen Stufen. Die in Sorgenprozessen gestellten Fragen sind häufig nicht beantwortbar oder nur schwer beantwortbar. Dies begünstigt die zirkuläre Struktur des dabei entstehenden kognitiven Netzwerks. Die a priori Nicht-Beantwortbarkeit der Fragen ist ein wichtiges diskriminatives Merkmal in der Unterscheidung zwischen Sorgen und adaptiven Planungs- und Abwägungsprozessen.

SORGEN-SKRIPTE

Sorgen-Skripte sind längere Sequenzen von Sorgengedanken, die in der Abfolge immer unwahrscheinlicher werden oder zu Endlosschleifen führen.

Beispiel eines 60-jährigen Mannes:

- Was, wenn ich in Rente gehe und die Rentenzahlung von der deutschen Rentenversicherung nicht ausreicht?
- Was, wenn dann auch das Ersparte aus der Riester-Rente durch Inflation entwertet wird?
- Was, wenn dann meine Partnerin vor mir stirbt?
- Was, wenn dann meine Freunde ebenfalls sterben?
- Was, wenn dann auch meine Kinder nichts mehr von mir wissen wollen?

- Was, wenn ich dann in ein Altenheim komme, in dem ich lieblos behandelt werde und mich niemand besucht?
- Dann werde ich meine letzten Tage einsam, verarmt und unter unwürdigen Verhältnissen zubringen.

Beachten Sie folgende Merkmale dieser Sorgenkette:

- Kein Element ist für sich genommen unsinnig, alles ist „denkbar“, das Geschehen ist aber eher entrückt vom konkreten Leben des Protagonisten dieses Beispiels und nicht im Bereich der Probleme, die unmittelbar gelöst werden könnten oder müssten.
- Die Wahrscheinlichkeit eines Zusammentreffens aller aufgezählten Umstände ist nicht bestimmbar.
- Die meisten der aufgezählten Umstände sind durch die einzelne Person nicht beeinflussbar. Die Ausnahme ist hier die Beziehung zu den Kindern. Aus dem Sorgenskript ist deshalb kein prophylaktischer Handlungsplan ableitbar.
- Es besteht ein deutlicher Kontrast zu planerischem Denken mit Nutzen-Risiko-Abwägungen und Abwägung von Wahrscheinlichkeiten. Sorgenskripte lassen deshalb möglicherweise auf Fertigkeitendefizite in diesem Bereich rückschließen. Im oben genannten Beispiel macht der Mann keinen Unterschied zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Faktoren und entwertet seine bisherigen Anstrengungen.

Sorgenskripte treten in Wechselwirkung mit Neigung zu kognitiver Fusion. Gedanken-Ereignis-Fusion sagt voraus, dass Dinge, die man denken kann, auch mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eintreten. Bei hoch ausgeprägter kognitiver Fusion wird also beispielsweise dem oben dargestellten Szenario eine erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit zugeschrieben. Von Stephen Hayes wird dieses Phänomen

als „Attachment to a Verbally Constructed Future“ beschrieben (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

PSYCHOLOGISCHE UND BIOLOGISCHE KORRELATE UND KONSEQUENZEN VON SORGENPROZESSEN

Sorgen führen zur Induktion und Aufrechterhaltung von negativer Stimmung, da eine Aufmerksamkeitslenkung auf aversive Ereignisse stattfindet, ohne dass hierzu gehörige Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Gleichzeitig führen Sorgenprozesse dazu, dass die in Situationen von Unsicherheit oder Risiko adaptiven Emotionen von Angst und Furcht nicht ungestört ablaufen können. Habituationsprozesse und die Erfahrung der gutartigen Natur von Emotionen wie Furcht, Angst oder Scham bleiben aus. Borkovec geht davon aus, dass die mit Sorgenprozessen einhergehende Abschwächung von aversiven Emotionen wie Furcht, Angst oder Schuld eine negative Verstärkung darstellt und Sorgen damit operant aufrechterhält (Borkovec & Roemer, 1995). Es besteht eine verminderte kognitive Steuerungsfähigkeit bei Menschen mit hoher Ausprägung von Sorgen und Grübeln (Beckwe, Deroost, Koster, De Lissnyder & De Raedt, 2014). Die Konzentration von Cortisol ist bei Menschen mit hoher Ausprägung von Sorgen erhöht (O'Connor, Walker, Hendrickx, Talbot & Schaefer, 2013). Eine ähnliche Assoziation besteht zwischen Grübeln und Cortisol (Huffziger et al., 2013). Sorgen sind mit Schlafstörungen assoziiert (Armstrong & Dregan, 2014). Sorgen wirken sich negativ auf die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses, Entscheidungsfindung und Leistung beispielsweise im Iowa Gambling Test aus (Drost, Spinhoven, Kruijt & Van der Does, 2014; Trezise & Reeve,

2014). Sorgen sind eine ungünstige Emotionsregulationsstrategie und sind mit weiteren ungünstigen Strategien assoziiert (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Sorgen sind eng mit Perfektionismus assoziiert (Handley, Egan, Kane & Rees, 2014).

INTERPERSONELLE DIMENSION VON SORGENPROZESSEN

Sorgenprozesse können sich interpersonell ausbreiten und den emotionalen Zustand und kognitive Prozesse anderer Menschen beeinflussen (Parkinson & Simons, 2012). Hierbei spielen folgende Möglichkeiten eine Rolle:

- 1) Sorgenprozesse anderer Menschen vermitteln Informationen über bestimmte Sachverhalte und machen es wahrscheinlicher, dass man sich selbst mit der Thematik beschäftigt. Wenn sich meine beste Freundin, die ein kleines Baby hat, Sorgen über den Nitratgehalt des Trinkwassers an dem Ort, an dem wir leben, macht, wird es sehr viel wahrscheinlicher, dass ich mich über dieses Thema informiere und nachdenke.
- 2) Sorgenprozesse machen auch eine Aussage über den emotionalen Zustand der Person. Ich kann mir also beispielsweise darüber Sorgen machen, dass diese Freundin mit der Situation, ein kleines Kind zu haben, nicht zurechtkommt. Ich kann mir auch Sorgen darüber machen, dass sie sich Sorgen macht, und schädliche Auswirkungen auf ihren seelischen Zustand befürchten (empathische Metasorgen).
- 3) Ich kann durch die Beobachtung des Sorgenprozesses aber auch einfach in einen ängstlichen Zustand geraten, ohne dass sich dies an einem konkreten Objekt oder Person festmacht.

SORGEN UND DAS COGNITIVE ATTENTIONAL SYNDROME

Sorgen sind einerseits ein Alltagsphänomen, mit dem jeder Mensch zumindest in kleinen Dosen vertraut ist und das meist keine gesundheitliche Bedeutung hat. Bei Patienten mit psychischen Störungen sind Sorgen typischerweise eingebettet in weitere psychopathologisch problematische Prozesse, die von Wells zusammenfassend als Cognitive Attentional Syndrome bezeichnet werden (Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway & Jencius, 2013). Die Komponenten sind:

1. Sorgen,
2. Grübeln,
3. Bedrohungsmonitoring mit Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale,
4. Problematische Bewältigungsstrategien in Form von Gedankenunterdrückung, offenem oder privatem Vermeidungsverhalten und Substanzmissbrauch.

THEORIEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG VON SORGENPROZESSEN

Das Modell von Borkovec geht davon aus, dass Sorgenprozesse eine Strategie der kognitiven Meidung antizipierter Gefahren darstellen (Borkovec & Roemer, 1995). Wells dagegen nimmt an, dass eine problematische Wechselwirkung von Typ-1- und Typ-2-Sorgen und von positiven und negativen Annahmen über Sorgen aufrechterhaltende Faktoren von Angststörungen sind. Dabei geht der Patient gleichzeitig von einer erheblichen Nützlichkeit von Sorgen zur Gefahrenabwehr und von einem schädigenden Effekt von Sorgen auf seine seelische Gesundheit aus. Hieraus ergibt sich eine

erhebliche Spannung mit einem Wechsel von intensivierten Sorgen und Versuchen, Sorgenprozesse zu unterdrücken oder zu vermeiden (Wells et al., 2011a). Das „Intolerance of Uncertainty“-Modell stellt fehlende Fertigkeiten und fehlende Akzeptanz im Umgang mit Unsicherheit in den Mittelpunkt (Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998). Im Gegensatz zu Risiko bezieht sich Unsicherheit auf Entscheidungen, die in einer zufälligen Umwelt und angesichts unvollständiger Informationen getroffen werden müssen. Adaptive Entscheidungsprozesse erfordern hier den Einsatz von Heuristiken (Gigerenzer & Gaissmaier, 2011). Patienten mit Angststörungen versuchen dagegen die Situation mit „Was-wenn-Fragen“ zu bewältigen. Das akzeptanzbasierte Modell der Generalisierten Angststörung (Treanor, Erisman, Salters-Pedneault, Roemer & Orsillo, 2011) stützt sich auf das Konzept der Experiential Avoidance (Chawla & Ostafin, 2007). Dabei dienen Sorgenprozesse dazu, sowohl negative Ereignisse wie auch unangenehme innere Zustände zu vermeiden. Das „Emotion Dysregulation Model“ der Generalisierten Angststörung geht von einer Einbettung von Sorgenprozessen in einen breiteren Kontext von emotionaler Dysregulation aus, mit gesteigerter emotionaler Intensität, geringem Wissen über Emotionen, negativer Reaktion auf Emotionen und maladaptivem Umgang mit emotionalen Zuständen (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005). Das „Contrast Avoidance Model“ postuliert, dass sich Menschen mit Generalisierter Angststörung vulnerabel gegenüber unerwarteten negativen Ereignissen fühlen und durch Sorgenprozesse einen negativen emotionalen Zustand aufrechterhalten, der sie vor einer unerwarteten negativen emotionalen Veränderung schützt (Newman & Llera, 2011). Insgesamt bilden diese Theorien der Aufrechterhaltung von Sor-

genprozessen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und Facetten einer verhaltensbezogenen Betrachtungsweise von Sorgenprozessen ab. Eine spezifische Umsetzung eines Modells in ein manualisiertes Therapieprogramm erfolgte ausschließlich durch Wells im Rahmen der metakognitiven Therapie (Wells et al., 2011b).

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG (GAD)

Die GAD ist mit einer 1-Jahresprävalenz von 3 bis 8% eine häufige psychische Störung. Sie führt zu einer erheblichen emotionalen und psychosozialen Beeinträchtigung, wird aber in Deutschland nicht selten unterschätzt und zugunsten von depressiven Störungen nicht diagnostiziert. Subjektiv schwer steuerbare Sorgenprozesse sind das Leitsymptom der Erkrankung und vermutliche auch ein günstiger therapeutischer Ansatzpunkt (Newman, Llera, Erickson, Przeworski & Castonguay, 2013).

Die Kriterien der Generalisierten Angststörung nach DSM-5 sind in Stichworten:

- A) Übermäßige Angst und Sorge während mindestens 6 Monaten.
- B) Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.
- C) Angst und Sorge sind mit 3 oder mehr der folgenden Symptome verbunden:
 1. Ruhelosigkeit,
 2. Ermüdbarkeit,
 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf,
 4. Reizbarkeit,
 5. Muskelspannung,
 6. Schlafstörungen.
- D) Leiden oder Funktionseinschränkung.
- E) Störung ist keine Folge einer Substanzwirkung oder medizinischen Erkrankung.

- F) Störung ist nicht besser durch eine andere psychische Störung zu erklären.

DAS MODELL DER GENERALISIERTEN ANGSTSTÖRUNG IN DER METAKOGNITIVEN THERAPIE (MCT)

MCT geht davon aus, dass Sich-Sorgen-Machen der zentrale psychopathologische Prozess in der Aufrechterhaltung der GAD darstellt. Sorgen sind bei dieser Gruppe von Patienten allgegenwärtig. Patienten mit GAD haben zum einen ausgeprägte positive Metakognitionen über Typ-1-Sorgen. Sie glauben: „Wenn ich mir rechtzeitig ausführliche Gedanken mache, vermeide ich Probleme oder bin auf bestimmte unangenehme Ereignisse besser vorbereitet“. „Better safe than sorry – Vorsicht ist besser als Nachsicht“ ist ein wesentliches Motto. Beispiele für zugehörige Verhaltensweisen sind ausführliche Recherchen im Internet oder Gespräche mit anderen zu gefahrenbezogenen Themen. Gleichzeitig haben die Patienten auch ausgeprägte negative Metakognitionen. Sie betrachten Sorgen als einen sich aufdrängenden, der bewussten Steuerung entzogenen Prozess und befürchten, sich durch Sorgen körperlich (Herzinfarkt, Schlaganfall), seelisch (Nervenzusammenbruch, verrückt werden) oder interpersonell (für verrückt gehalten werden, andere belasten) zu schädigen. An diesen Befürchtungen setzen dann Typ-2-Sorgen an, in denen sich die Patienten Sorgen über ihre Sorgen machen. Weiterhin entwickeln sich auf der Grundlage der negativen Metakognitionen häufig problematische Bewältigungsstrategien, die darauf ausgerichtet sind, Sorgenprozesse abzuschwächen. Offene Vermeidungsstrategien setzen daran an, bestimmte Situationen, die mit tatsächlicher oder vermeintlicher Gefahr verbun-

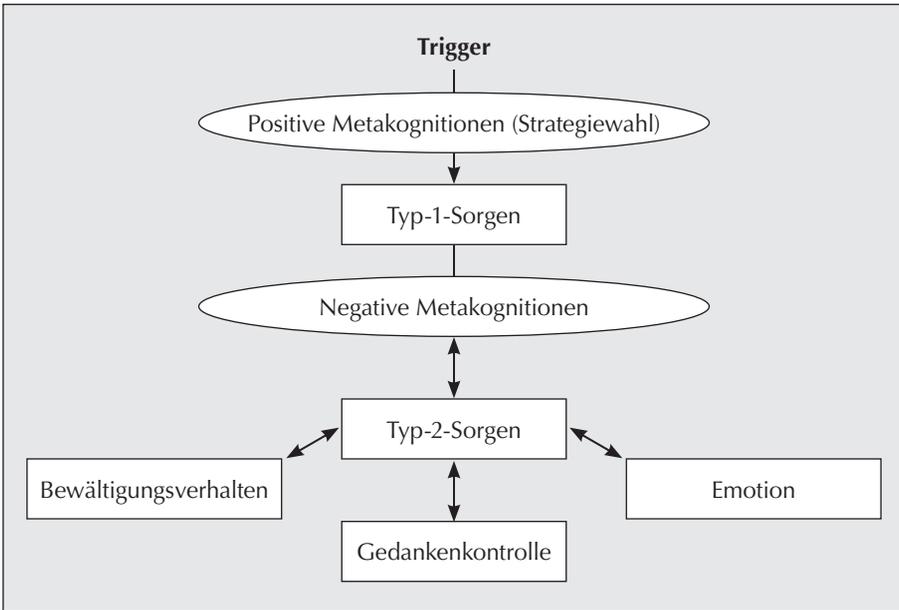


Abbildung 1: Das Störungsmodell der metakognitiven Therapie zur Generalisierten Angststörung

den sind, nicht aufzusuchen. Diese Art von Vermeidungsverhalten (Erlebnisvermeidung) ist eine wesentliche Quelle von psychosozialer Funktionseinschränkung. Vermeidungsstrategien können auch wichtige Bezugspersonen einbeziehen. Beispielsweise wenn eine Patientin ihre Tochter bittet, abends nicht auszugehen, „um ihr Sorgen zu ersparen“. Vermeidungsstrategien können auch in Form von Rückversicherungsverhalten auftreten. Beispielsweise indem man andere wiederholt fragt, ob bestimmt keine Gefahr besteht, oder mit einem Angehörigen engmaschig Kontakt hält, um sicher zu sein, dass kein Unfallereignis eingetreten ist. Private, nicht direkt beobachtbare Vermeidungsstrategien beziehen sich auf die Aufnahme von Informationen. Die Patienten vermeiden beispielsweise bestimmte Nachrichten im Fernsehen, Internet oder aus Zeitungen aufzunehmen oder bestimmte Gesprächsthemen

mit Angehörigen oder Freunden. Eine weitere private Vermeidungsstrategie sind Ablenkung oder Unterdrückung von angstbezogenen Gedanken. Auch Substanzen wie Alkohol oder Benzodiazepine können zur Vermeidung von Sorgenprozessen eingesetzt werden. Diese problematischen Bewältigungsstrategien sind kurzfristig wirksam, führen aber langfristig im Sinne einer positiven Feedbackschleife eher zu einer Intensivierung der Typ-1-Sorgen. Abbildung 1 stellt das gesamte Modell vor.

BEISPIEL FÜR EIN INDIVIDUELLES STÖRUNGSMODELL

Frau Meier ist 38 Jahre alt, verheiratet. Die Tochter Mia ist 7 Jahre alt. Frau Meier leidet seit vielen Jahren an einer Generalisierten Angststörung. Dr. Stiller erstellt

mit ihr gerade ein individuelles Fallkonzept. Er bittet Frau Meier, sich genau an die letzte Episode mit intensiven, quälenden Sorgen zu erinnern:

T: Wann war die Situation?

P: Die Situation war heute Morgen, nachdem sich Mia auf den Schulweg gemacht hatte.

T: Was war der erste Gedanke, der in der Situation auftrat?

P: Ich dachte: Was, wenn Mia einen Unfall hat?

T: Was war Ihr nächster Gedanke?

P: Was, wenn dann keine Hilfe kommt, also niemand den Unfall bemerkt oder niemand den Notarzt ruft?

T: Welche Emotionen haben Sie in diesem Moment gefühlt? Hatten Sie körperliche Symptome?

P: Ich hatte große Angst. Ich hatte Schuldgefühle, weil ich Mia nicht auf dem Weg begleitet habe. Ich spürte Zittern und Herzklopfen.

T: Was dachten Sie, dass als Folge dieser Gedanken und Gefühle passieren würde?

P: Ich dachte: „Ich kann das nicht aushalten, ich werde noch ganz krank und verrückt.“

T: Die Sorgen sind offensichtlich ein Problem. Können Sie die Sorgen einschränken oder damit aufhören?

P: Nein, die Sorgen drängen sich einfach auf, ich kann sie nicht abschalten, das ist es, was mich fast verrückt macht.

T: Glauben Sie, dass die Sorgen irgendwie nützlich sind?

P: Ich muss doch auf Mia aufpassen! Ich wäre eine schlechte Mutter, wenn ich mir keine Sorgen machen würde.

T: Tun Sie etwas gegen die Sorgen?

P: Ich habe in letzter Zeit oft die Schülerlotsin angerufen und sie gefragt: „Ist alles in Ordnung?“ Sie hat vorgestern gesagt: „Sie brauchen nicht immer anrufen. Wir würden uns schon

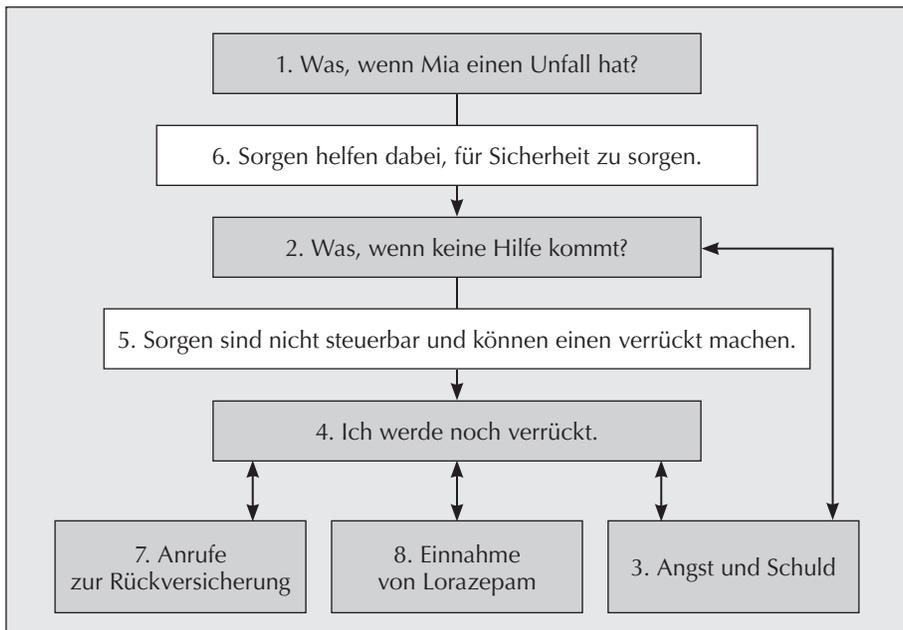


Abbildung 2: Beispielhaftes Störungsmodell bei Generalisierter Angststörung

melden, wenn etwas wäre.“ Heute Morgen habe ich dann einfach eine Tablette Lorazepam genommen, die mir mein Hausarzt verschrieben hatte. Ich dachte: „Ohne Tablette hört das Gedankenkreisen bestimmt nicht auf“.

Abbildung 2 zeigt das von Dr. Stiller erstellte Störungsmodell.

INTERVENTION DER METAKOGNITIVEN THERAPIE BEI GENERALISierter ANGSTSTÖRUNG

EINFÜHRUNG DER PATIENTEN IN DAS MODELL

- 1) Der Therapeut erläutert anhand des individuellen Fallkonzeptes, wie MCT die Aufrechterhaltung der generalisierten Angststörung erklärt.
- 2) Hypothetische Fragen: „Was wäre, wenn Sorgen ausschließlich eine gute Sache wären? Was wäre, wenn Sie Sorgen leicht an- und abstellen könnten? Was wäre, wenn Sorgen ungefährlich für Ihre seelische Gesundheit wären?“
- 3) Dissonanzstrategie: „Sie halten Sorgen für unverzichtbar, um Sicherheit für ihre Tochter herzustellen. Gleichzeitig befürchten Sie, dadurch krank und verrückt zu werden. Welches Problem entsteht durch diesen Zwiespalt?“
- 4) Kritische Überprüfung der Effekte des Bewältigungsverhalten: „Wie effektiv waren Ihre Anrufe bei der Schülerlotsin und die Einnahme von Lorazepam in der Bewältigung Ihrer Sorgen?“
- 5) Experiment zur Gedankenunterdrückung: „Schließen Sie die Augen und versuchen Sie fünf Minuten lang nicht an einen rosa Elefanten zu denken!“ Nach dem Experiment: „Was ist pas-

siert, als Sie versucht haben, diesen Gedanken zu unterdrücken?“

KRITISCHE ÜBERPRÜFUNG DER ÜBERZEUGUNG: „SORGEN SIND NICHT STEUERBAR“

- 1) Erhebung der Effekte von Ablenkung oder interkurrenter Ereignisse auf den Sorgenprozess
- 2) Verhaltensexperimente zum Aufschieben von Sorgenprozessen, z.B. durch Einrichtung einer täglichen „Sorgenstunde“. Sorgen zu anderen Zeitpunkten werden in diese Sorgenstunde verschoben: „Hierüber mache ich mir heute Abend um 20 Uhr Gedanken!“

DETACHED MINDFULNESS

Detached Mindfulness ist eine psychologische Variante der Achtsamkeitstechniken (Wells et al., 2011b). Detached Mindfulness ist ein Zustand der bewussten Wahrnehmung von Gedanken und Emotionen als innere Ereignisse. Wichtig für die Entwicklung von Detached Mindfulness ist der Verzicht auf Bewertungen, Unterdrückung oder Vermeidung von Gedanken oder Emotionen, weil sie unangenehm sind oder auf Intensivierung, weil sie angenehm erscheinen. Man verzichtet darauf, auf Gedanken und Emotionen auf der Ebene des Verhaltens zu reagieren. Zum Beispiel kann man sich entscheiden, auf einen sich aufdrängenden Gedanken hin („was ist, wenn ich meine Stelle verliere?“) sich keine Sorgen zu machen, sondern den Gedanken zu erlauben, seinen eigenen mentalen Raum einzunehmen. Dabei erfolgen keine weitere Handlung oder konzeptuelle Verarbeitung in dem Wissen, dass es sich lediglich um ein mentales Ereignis handelt.

Detached Mindfulness hat zwei wesentliche Komponenten:

- 1) Bewusste Wahrnehmung auf der Metaebene (Mindfulness) und
- 2) Losgelöstheit (Detachment).

Zu 1): Bewusste Wahrnehmung auf der Metaebene bezieht sich auf innere Ereignisse, also Gedanken, Überzeugungen, Erinnerungen und metakognitive Erfahrungen und Emotionen. Dabei wird die Aufmerksamkeit flexibel auf innere Ereignisse gerichtet, ohne an irgendeinem Ereignis haften zu bleiben.

Zu 2): Der Begriff der Losgelöstheit bezieht sich auf zwei weitere Faktoren:

- A. Verzicht auf konzeptuelle Auseinandersetzung mit dem inneren Ereignis: Keine Bewertungen, keine Sorgen, kein Grübeln, kein Unterdrücken oder Vermeiden von Gedanken, kein Bedrohungsmonitoring, keine Bewältigungsstrategien auf der Verhaltensebene.
- B. Das Erleben innerer Ereignisse als vom eigenen Selbst getrennt. Es wird also eine Perspektive auf das innere Ereignis eingenommen, bei der das Bewusstsein losgelöst ist vom inneren Ereignis. Das Selbst ist der bewusste Beobachter des Gedankens oder der Emotion.

Detached Mindfulness wird eingesetzt, um vom Objektmodus des Erlebens mit einer Fusion von Denken und Handeln in den metakognitiven Modus zu gelangen, in dem man die Rolle des Beobachters innerer Ereignisse einnimmt. Detached Mindfulness hilft, repetitive kognitive Verarbeitungsprozesse in Form von Sorgen oder Grübeln zu unterbrechen. Folgende Übungen sind Beispiele für kurze Imaginationsübungen und Gedankenexperimente, die helfen, den Wechsel in den Zustand der Detached Mindfulness zu erlernen und auf einer Erfahrungsebene zu verstehen, was es mit dem metakognitiven Modus auf sich hat:

TIGER-ÜBUNG

Folgen Sie folgender Übungsinstruktion:
 „Schließen Sie bitte Ihre Augen und stellen Sie sich einen Tiger vor. Versuchen Sie nicht, das Bild zu beeinflussen oder in irgendeiner Weise zu verändern. Beobachten Sie lediglich das Bild in ihrem Kopf und das Verhalten des Tigers. Der Tiger kann sich bewegen, aber tun Sie nichts, damit er sich bewegt. Er kann blinzeln, aber tun Sie nichts, damit er blinzelt. Der Tiger kann seinen Schwanz bewegen, aber tun Sie nichts, damit er das tut. Beobachten Sie, wie der Tiger sein eigenes Verhalten hat. Tun Sie nichts, beobachten Sie nur das Bild.“

ZUG-METAPHER

„Stellen Sie sich vor, Sie wären ein Reisender in einem Hauptbahnhof einer Großstadt, der auf seinen Zug wartet. Ihr seelisches Leben ist wie ein belebter Bahnhof. Stellen Sie sich vor, dass Ihre Gedanken und Emotionen die Züge sind. Manche fahren durch den Bahnhof durch, manche halten an und fahren in verschiedene Richtungen weiter. Bleiben Sie Zuschauer und beobachten Sie Ihre Gedanken und Emotionen, wie sie vorbeifahren, anhalten, weiterfahren. Es ergibt keinen Sinn zu versuchen, einen vorbeifahrenden Zug anzuhalten oder in ihn einsteigen zu wollen. Es macht keinen Sinn, in einen Zug zu steigen, der Sie an einen Ort fährt, an den man nicht hin möchte.“

SCHACHBRETT-METAPHER

„Stellen Sie sich ein Schachbrett vor, mit weißen und schwarzen Figuren. Stellen Sie sich vor, ihr seelisches Leben und ihre inneren Konflikte entsprechen dem

Tabelle 1: Vergleich zwischen Sorgenskript und Realitätsskript

Sorgenskript	Realitätsskript
Situation: Erster Termin bei meinem neuen Allgemeinarzt	
Ich werde lange warten müssen.	Ich saß 30 Minuten im Wartezimmer.
Er wird sich nur ganz kurz für mich Zeit nehmen.	Er hat sich 25 Minuten Zeit genommen.
Er wird mich grimmig ansehen.	Er war freundlich und charmant.
Er wird mir unterstellen, dass ich meine Tabletten nicht richtig einnehme.	Er hat ganz genau nach meiner bisherigen Behandlung gefragt und alles aufgeschrieben.
Er wird mich wegen meiner Schwierigkeiten mit Ernährung und Bewegung kritisieren.	Er hat mich genau nach Ernährung und Bewegung gefragt und mich ermutigt, weiter aktiv zu bleiben.
Ich werde weinend nach Hause kommen.	Als ich nach Hause kam, war ich ganz erleichtert und froh, dass ich mich für diesen Arzt entschieden habe.

Kampf der weißen und der schwarzen Figuren. Sowohl die weißen wie die schwarzen Figuren gehören zu Ihrem Leben. Es sind aber weder die schwarzen noch die weißen Figuren, die Sie als Person ausmachen. Ihr Selbst ist das Schachbrett, auf dem der Kampf zwischen Schwarz und Weiß stattfindet. Dies erlaubt Ihnen auch in der Rolle des Beobachters zu bleiben.“

VERGLEICH ZWISCHEN SORGENSKRIPTEN UND REALITÄTSSKRIPTEN

Die Anfertigung von Sorgenskripten und ihr Vergleich mit der Realität dienen dazu, erfahrbar zu machen, dass Sorgenprozesse schlecht geeignet sind, den Verlauf von zukünftigen Ereignissen vorherzusagen. Hierzu ist es erforderlich, vor einem definierten Ereignis ein Sorgenskript anzufertigen und es anschließend mit dem realen Ereignis zu vergleichen. Bei Frau Müller, die neben der GAD an einem Diabetes mellitus leidet, war dies der Besuch bei ihrem neuen Allgemein- arzt (siehe Tabelle 1).

NEUE PLÄNE FÜR DIE KOGNITIVE VERARBEITUNG

Hierbei handelt sich um neue Regeln für den Umgang mit inneren Ereignissen. Beispiele siehe Tabelle 2.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Das vertiefte Verständnis der Rolle von Sorgen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Psychopathologie und psychischen Störungen, insbesondere der Generalisierten Angststörung, ist eine der großen Fortschritte der psychologischen Grundlagenforschung und der Entwicklung im Bereich Psychotherapie. Im Rahmen dieser Entwicklung hat sich die Perspektive auf Sorgen um 180 Grad gedreht. Sorgen werden nicht mehr als Endpunkt einer gestörten Gehirnfunktion betrachtet, sondern als intentionales Verhalten verstanden, das prinzipiell einen adaptiven Kern hat, im Rahmen des Cognitive Attentional Syndroms aber zu einem pathologischen Faktor wird. Diese normalisierende Perspektive erlaubt neue

Tabelle 2: Beispiele für neue Regeln beim Umgang mit inneren Ereignissen

Alter Plan	Neuer Plan
Wenn du einen negativen Gedanken hast, dann mache dir Sorgen, was passieren könnte.	Wenn du einen negativen Gedanken hast, dann warte erst einmal ab, was wirklich passiert.
Wenn du einen negativen Gedanken hast, dann durchdenke alle Eventualitäten, damit du nicht überrascht wirst.	Wenn du einen negativen Gedanken hast, dann setze dich konkret mit deinen Verhaltensmöglichkeiten auseinander. Du brauchst nicht alle Eventualitäten zu bedenken.
Wenn du etwas Neues tust, dann versuche alle Gedanken an Gefahren zu unterdrücken.	Wenn du etwas Neues tust, dann lasse deine Gedanken dazu einfach kommen und gehen.
Wenn du dir Sorgen machst, bitte deinen Partner um Rückversicherung.	Wenn du dir Sorgen machst, verzichte auf Rückversicherung.

Interventionen, mit denen eine bewusste Steuerung von zukunftsbezogenen Kognitionen wiederhergestellt wird, ohne gleichzeitig in die Falle der Gedankenunterdrückung zu gehen. Metakognitive Therapie bei der Generalisierten Angststörung kann in diesem Zusammenhang als eine der wichtigen und aussichtsreichen innovativen Methoden der modernen Verhaltenstherapie verstanden werden. Für diese Therapiemethode liegen mittlerweile auch gute Wirksamkeitsdaten vor (van der Heiden, Muris & van der Molen, 2012; Wells & King, 2006).

LITERATUR

- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behav Res Ther*, 48 (10), 974-983
- Armstrong, D. & Dregan, A. (2014). A population-based investigation into the self-reported reasons for sleep problems. *PLoS One*, 9 (7), e101368
- Beckwe, M., Deroost, N., Koster, E. H., De Lissnyder, E. & De Raedt, R. (2014). Worrying and rumination are both associated with reduced cognitive control. *Psychological Research*, 78, 651-660.
- Borkovec, T. D. & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Chawla, N. & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 871-890.
- Drost, J., Spinhoven, P., Kruijt, A. W. & Van der Does, W. (2014). The influence of worry and avoidance on the Iowa Gambling Task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 74-80.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway, S. & Jencius, S. (2013). The cognitive attentional syndrome: examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Research*, 210, 215-219.

- Gigerenzer, G. & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic decision making. *Annual Review of Psychology*, 62, 451-482.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T. & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 98.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hendriks, S. M., Licht, C. M., Spijker, J., Beekman, A. T., Hardeveld, F., de Graaf, R., et al. (2014). Disorder-specific cognitive profiles in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 96.
- Huffziger, S., Ebner-Priemer, U., Zamoscik, V., Reinhard, I., Kirsch, P. & Kuehner, C. (2013). Effects of mood and rumination on cortisol levels in daily life: an ambulatory assessment study in remitted depressed patients and healthy controls. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 2258-2267.
- Kupfer, D. J. & Regier, D. A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R. & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151, 313-320.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evi-



196 Seiten
ISBN 978-3-89967-656-3
Preis: 20,- Euro



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28
 D-49525 Lengerich
 Tel. +49 (0)5484 308
 Fax +49 (0)5484 550
 pabst.publishers@t-online.de
 www.psychologie-aktuell.com
 www.pabst-publishers.de

Kurt Starke

Pornografie und Jugend – Jugend und Pornografie

Eine Expertise

Was macht die Pornografie dem Jugendlichen? Dieser Frage stellt der Soziologe und Sexualwissenschaftler Prof. Dr. Kurt Starke die Frage entgegen: Was macht der Jugendliche mit der Pornografie?

Der Jugendforscher sieht den Jugendlichen als aktives Subjekt seiner sexuellen Sozialisation und den Pornokonsum als ein alltägliches oder nichtalltägliches, bedeutsames oder bedeutungsloses Element davon. Nach seinen Recherchen und eigenen Untersuchungen kann eine grundsätzlich schädliche Wirkung von Pornografie auf Jugendliche nicht belegt werden. Diese populäre Fiktion erweist sich als wissenschaftlich substanzlos.

Ausführlich setzt der Autor sich mit dem nebulösen Begriff von Pornografie auseinander und zieht Folgerungen für dessen Gebrauch in der Rechtsprechung. In diesem Zusammenhang analysiert er den gesellschaftlichen Umgang mit Jugend, Sexualität und Pornografie. Insbesondere stellt er Verbotstrategien auf den Prüfstand.

Die Expertise bietet der Politik, der Gesetzgebung, dem Jugendschutz, Eltern, Lehrern, Jugendarbeitern und allen denen, die mit Jugend zu tun haben, wissenschaftliche Erkenntnisse an und trägt zum Verständnis von Jugend und Jugendsexualität heute bei.

- dence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Newman, M. G. & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: a review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31, 371-382.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A. & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 275-297.
- O'Connor, D. B., Walker, S., Hendrickx, H., Talbot, D. & Schaefer, A. (2013). Stress-related thinking predicts the cortisol awakening response and somatic symptoms in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 438-446.
- Parkinson, B. & Simons, G. (2012). Worry spreads: interpersonal transfer of problem-related anxiety. *Cognition & Emotion*, 26, 462-479.
- Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2011). Acceptance-based behavioral therapy for GAD: effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety*, 28, 127-136.
- Treize, K. & Reeve, R. A. (2014). Cognition-emotion interactions: patterns of change and implications for math problem solving. *Frontiers in Psychology*, 5, 840.
- 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. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.
- Wells, A., Schweiger, U., Schweiger, J., Korn, O., Hauptmeier, M. & Sipos, V. (2011a). *Metakognitive Therapie bei Angst und Depression*. Weinheim: Beltz.
- Wells, A., Schweiger, U., Schweiger, J., Korn, O., Hauptmeier, M. & Sipos, V. (2011b). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz.



PROF. DR. MED. ULRICH SCHWEIGER
 KLINIK FÜR PSYCHIATRIE
 UND PSYCHOTHERAPIE
 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
 RATZBURGER ALLEE 160
 D-23538 LÜBECK
 E-MAIL: ulrich.schweiger@uksh.de



DR. PHIL., DIPL.-PSYCH. VALERIJA SIPOS
 KLINIK FÜR PSYCHIATRIE
 UND PSYCHOTHERAPIE
 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
 RATZBURGER ALLEE 160
 D-23538 LÜBECK
 E-MAIL: valerija.sipos@uksh.de