

# Metakognitive Therapie

**Cornelia Exner  
Jana Hansmeier**

Fortschritte der  
Psychotherapie

 **hogrefe**

# Metakognitive Therapie

**Fortschritte der Psychotherapie**  
**Band 76**

Metakognitive Therapie

Prof. Dr. Cornelia Exner, Dr. Jana Hansmeier

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Jürgen Margraf,  
Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Bruna Tuschen-Caffier

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Cornelia Exner  
Jana Hansmeier

# Metakognitive Therapie



**Prof. Dr. rer. nat. Cornelia Exner**, geb. 1970. 1990–1996 Studium der Psychologie und der Neurowissenschaften in Leipzig, London und Göttingen. 1996–2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen. 2000 Promotion. 1997–2002 Verhaltenstherapieausbildung und Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin. 2004 Zertifizierung als Klinische Neuropsychologin. 2001–2009 wissenschaftliche Assistentin am Fachbereich Psychologie der Universität Marburg, AG Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2007 Habilitation. 2009–2011 Heisenberg-Stipendiatin. Seit 2011 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Leipzig.

**Dr. Jana Hansmeier**, geb. 1982. 2004–2010 Studium der Psychologie in Greifswald, Münster und Nijmegen. 2010–2014 Mitarbeiterin in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Marburg und Therapeutin in der Psychotherapie-Ambulanz Marburg (PAM). 2015 Promotion. 2016 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2014–2017 Therapeutin in der Parkland-Klinik in Bad Wildungen. 2017–2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Klinische Psychologie der Universität Zürich. Seit 2018 wissenschaftliche Assistentin in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Leipzig.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
info@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Satz: Beate Hautsch, Göttingen  
Format: PDF

1. Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2769-0; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2769-1)

ISBN 978-3-8017-2769-7

<http://doi.org/10.1026/02769-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Beschreibung des metakognitiven Behandlungsansatzes</b> . . . . .	<b>1</b>
1.1	Ziele und Fokus der metakognitiven Therapie . . . . .	1
1.2	Begriffliche und konzeptuelle Vorläufer metakognitiver Störungsmodelle und Behandlungsansätze . . . . .	2
1.3	Kernmerkmale des metakognitiven Ansatzes . . . . .	4
<b>2</b>	<b>Das metakognitive Störungsmodell</b> . . . . .	<b>8</b>
2.1	Übergeordnetes Störungsmodell . . . . .	8
2.1.1	Metakognitives Wissen . . . . .	9
2.1.2	Metakognitive Regulation/Strategien . . . . .	9
2.2	Das kognitive Aufmerksamkeitssyndrom als Kernannahme des metakognitiven Störungsmodells . . . . .	10
2.3	Ein kognitionspsychologisches Modell psychischer Störungen: das S-REF-Modell . . . . .	11
2.4	Formen repetitiver negativer Denkprozesse . . . . .	12
2.4.1	Sorgen . . . . .	13
2.4.2	Grübeln . . . . .	13
2.4.3	Zwangsgedanken . . . . .	14
2.5	Entwicklung und Erwerb von Metakognitionen . . . . .	15
2.6	Exemplarische Ableitung störungsspezifischer Modell- beschreibungen . . . . .	16
2.6.1	Generalisierte Angststörung . . . . .	16
2.6.2	Depression . . . . .	19
2.6.3	Zwangsstörung . . . . .	22
<b>3</b>	<b>Diagnostik dysfunktionaler metakognitiver Bewertungen und Regulationsstrategien</b> . . . . .	<b>26</b>
3.1	Die Fallkonzeption als diagnostisches Vorgehen zum Erfassen metakognitiver Annahmen . . . . .	26
3.1.1	Die Fallkonzeption bei der Depression . . . . .	27
3.1.2	Die Fallkonzeption bei der Generalisierten Angststörung . . . . .	29
3.1.3	Die Fallkonzeption bei der Zwangsstörung . . . . .	31
3.2	Erfassung von metakognitiven Überzeugungen durch Fragebögen . .	33

<b>4</b>	<b>Behandlung</b> .....	<b>35</b>
4.1	Darstellung der zentralen Therapieelemente .....	35
4.1.1	Erstellung eines individuellen Fallkonzeptes und Vertrautmachen mit dem Modell .....	35
4.1.2	Aufmerksamkeitstraining (Attention Training Technique, ATT) .....	36
4.1.3	Losgelöste Achtsamkeit (Detached Mindfulness) .....	39
4.1.4	Disputation metakognitiver Überzeugungen .....	42
4.1.5	Verhaltensexperimente .....	43
4.1.6	Refokussierung der situativen Aufmerksamkeit .....	47
4.2	Störungstypische Besonderheiten .....	48
4.2.1	Depression .....	49
4.2.2	Generalisierte Angststörung .....	51
4.2.3	Zwangsstörung .....	54
4.2.4	Alterstypische Besonderheiten .....	57
<b>5</b>	<b>Effektivität und Prognose</b> .....	<b>59</b>
5.1	Wirksamkeit der Aufmerksamkeitstrainingstechnik (ATT) .....	59
5.1.1	Aufmerksamkeitstraining als alleiniger Therapieansatz .....	59
5.1.2	Aufmerksamkeitstraining als Ergänzung anderer Therapieansätze .....	60
5.2	Wirksamkeit der metakognitiven Therapie bei verschiedenen Störungsbildern .....	61
5.2.1	Störungsübergreifende Wirksamkeit von MKT .....	61
5.2.2	Unipolare Depression .....	62
5.2.3	Generalisierte Angststörung .....	63
5.2.4	Zwangsstörung und Zwangsspektrumsstörungen .....	64
5.2.5	Soziale Phobie .....	65
5.2.6	Posttraumatische Belastungsstörung .....	65
5.2.7	Potenzielle Wirksamkeit bei weiteren Störungsbildern: Schizophrenie .....	65
5.3	Wirkungsmechanismen .....	66
5.3.1	Flexibilisierung der Aufmerksamkeitskontrolle .....	66
5.3.2	Reduktion von metakognitiven Annahmen über die Wichtigkeit von Gedanken und ihrer Kontrolle .....	68
<b>6</b>	<b>Probleme bei der Durchführung</b> .....	<b>69</b>
6.1	Motivation zur Anwendung der Verhaltensexperimente .....	71
6.2	Kombination von MKT und KVT .....	71



<b>7</b>	<b>Fallbeispiele</b> .....	<b>73</b>
7.1	Depression .....	73
7.2	Generalisierte Angststörung .....	76
7.3	Zwangsstörung .....	78
<b>8</b>	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	<b>80</b>
<b>9</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>80</b>
<b>10</b>	<b>Kompetenzziele und Prüfungsfragen</b> .....	<b>84</b>
<b>11</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>86</b>
	Glossar .....	86
	Überblick zum Ablauf der metakognitiven Therapie .....	89
	Fallkonzept – Depression .....	90
	Fallkonzept – Generalisierte Angststörung .....	91
	Fallkonzept – Zwangsstörung .....	92

## **Karten**

Aufmerksamkeitstraining (Attention Training Technique, ATT)

Losgelöste Achtsamkeit (Detached Mindfulness, DM)



# 1 Beschreibung des metakognitiven Behandlungsansatzes

## 1.1 Ziele und Fokus der metakognitiven Therapie

Wissen Sie noch, was Sie gestern den ganzen Tag gedacht haben? Können Sie sich daran erinnern, was Sie mit Ihren Gedanken gemacht haben? Wo sind diese Gedanken hin? Vermutlich erinnern Sie sich nur an wenige der Gedanken, die Ihnen gestern durch den Kopf gegangen sind. Auch haben Sie sich wahrscheinlich nicht weiter damit auseinandergesetzt, was mit diesen Gedanken geschehen ist. Manche der Gedanken waren positiv, andere weniger. Gedanken sind innere Ereignisse, die kommen und wieder gehen, ohne dass ihnen allzu viel Beachtung geschenkt wird.

Aber was ist, wenn Sie den Gedanken, der Ihnen gerade in den Kopf schießt, als wichtig erachten? Was hätte es für Folgen, wenn Sie einen Gedanken immer und immer wieder neu durchdenken müssten? Wie würde es Ihnen gehen, wenn Sie das Gefühl hätten, diese Gedankengänge nicht kontrollieren zu können? Dem metakognitiven Ansatz zufolge stehen gedankliche Prozesse mit dem psychischen Wohlbefinden und der Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen in Verbindung. Dabei sind einige Phänomene einer übermäßigen Beschäftigung mit den eigenen Gedanken auch psychisch gesunden Personen nicht ganz fremd. Der plötzlich einschließende Gedanke, man könnte während der Autofahrt das Lenkrad herumreißen oder bei dem Überqueren einer Brücke von dieser herunterzuspringen, löst in manchen Menschen zumindest ein Unbehagen oder eine Anspannung aus. Über eine verpasste Chance oder eine Fehlentscheidung grübeln wir im Nachhinein stärker nach. In der Annahme, sich für jeden Ausgang eines anstehenden wichtigen Ereignisses vorbereiten zu können, macht sich manch einer im Vorfeld solcher Ereignisse häufiger Sorgen.

Metakognitive Phänomene auch bei psychisch Gesunden

Während psychisch gesunde Menschen sich von gelegentlichen Grübeleien und Sorgen auch schnell wieder lösen können, werden diese von Menschen mit einer psychischen Erkrankung als unkontrollierbar erlebt und nehmen viel Zeit in Anspruch. Dabei können gedankliche Beschäftigungen je nach psychischer Erkrankung sehr unterschiedliche Gestalt annehmen. Eine Pati-

Unterschiedliche Gedankenprozesse bei psychischen Erkrankungen

entin<sup>1</sup> mit Zwangsstörung nimmt vielleicht den Gedanken an eine mögliche Ansteckung sehr ernst und entwickelt infolgedessen Waschzwänge. Ein Patient mit Depressionen nimmt an, durch intensives Nachdenken auf einen Ausweg aus seiner Stimmungslage zu kommen, verfällt in endlose Grübelschleifen und bleibt damit in seiner Depression hängen. Eine Patientin mit Generalisierter Angststörung glaubt, durch intensives Sich-Sorgen auf alles vorbereitet sein zu können, erlebt die Sorgen bald als unkontrollierbar und verbringt Tage mit endlosen Sorgen-Gedanken.

Auch wenn die beschriebenen Gedankenprozesse unterschiedlich ausfallen, haben sie dem metakognitiven Ansatz zufolge jedoch eines gemein: Die Art, wie wir unsere Gedanken bewerten und wie wir daraufhin mit ihnen umgehen, bestimmt über psychisches Wohlbefinden oder eine psychische Störung. Der metakognitive Ansatz, welcher vor allem durch den britischen Psychotherapeuten und Wissenschaftler Adrian Wells begründet wurde, sieht damit Prozesse des Denkens als aufrechterhaltend für psychische Störungen an. Damit unterscheidet er sich vom klassischen kognitiv-behavioralen Ansatz, der stärkeres Gewicht auf das Was des Denkens und damit auf den Inhalt von Gedanken legt. Im Gegensatz zum kognitiv-behavioralen Ansatz ist es daher wichtigstes Anliegen der metakognitiven Therapie, den Umgang von Menschen mit ihren negativen Gedanken zu beeinflussen, ohne dass deren Inhalt besonders thematisiert und disputiert wird.

Prozesse statt  
Inhalte des  
Denkens

## 1.2 Begriffliche und konzeptuelle Vorläufer metakognitiver Störungsmodelle und Behandlungsansätze

Kognitionen über  
Kognitionen

Metakognitionen beziehen sich auf „Kognitionen über Kognitionen“ und umfassen die Kontrolle über alle Formen kognitiver Prozesse (Flavell, 1979). Der Begriff wurde v. a. in der Entwicklungs- und pädagogischen Psychologie geprägt, wo seit längerem davon ausgegangen wird, dass Metakognitionen eine entscheidende Rolle bei Lernprozessen spielen und dass Training in metakognitiver Kontrolle zu effektiverem Lernen führt.

Die Fähigkeit des Menschen, sein eigenes körperliches, emotionales und kognitives Erleben zum Gegenstand der Betrachtung und Reflexion zu machen, beschäftigt die Philosophie und Psychologie aber schon weitaus länger. In den

---

1 Eine Anmerkung zur geschlechtergerechten Sprache: Alle Aussagen in diesem Buch beziehen sich auf Menschen jeglichen Geschlechts. Wir versuchen, diesem Umstand durch verschiedene sprachliche Varianten Ausdruck zu verleihen: Entweder nennen wir die grammatikalisch weibliche und männliche Form oder wir nennen beispielhaft eine der beiden oder wir verwenden das generische Maskulinum in der Mehrzahlform.

1970er Jahren wurde diese Fähigkeit in der Persönlichkeits- und Sozialpsychologie als ein differenzielles Merkmal beschrieben, das sowohl durch individuelle Persönlichkeitseigenschaften als auch situative Gegebenheiten bestimmt ist. Je nach Ausrichtung der Aufmerksamkeit nach innen oder nach außen können Menschen ihr Bewusstsein quasi teilen: Sie nehmen entweder eine *private* Selbstbewusstheit von subjektiven inneren Ereignissen wie Gedanken, Gefühlen und körperlichen Sensationen (*private self-consciousness*) oder eine Fremdperspektive ein, mit der sie den vermuteten Blick der anderen auf ihre Person und ihr Erleben repräsentieren (*public self-consciousness*). Offenbar gibt es adaptive und maladaptive Formen hoher Selbstaufmerksamkeit. Wer mit gut ausgeprägter Selbstreflexion seine eigenen Körpersensationen, Gefühle und Gedanken differenziert wahrnimmt und gleichzeitig die äußere Umgebung, insbesondere Interaktionspartner, adäquat repräsentiert hat, kann sein Handeln sowohl nach eigenen Bedürfnissen und Werten als auch an den Erfordernissen der sozialen Umgebung ausrichten und anpassen. Ist die selbstfokussierte Aufmerksamkeit aber unverhältnismäßig hoch, exzessiv und rigide auf subjektives inneres Erleben ausgerichtet, dann fördert und intensiviert dies negative Sensationen und Affekte und unbefriedigende und konflikthafte soziale Interaktionen. Eine erhöhte, selbstfokussierte Aufmerksamkeit wurde daher in den 1980er und 1990er Jahren zunehmend als ein transdiagnostisches Merkmal psychischer Störungen erkannt.

Metakognitive  
Konzepte aus der  
Persönlichkeits-  
und Sozialpsy-  
chologie

Adaptive und  
maladaptive  
Formen hoher  
Selbstaufmerk-  
samkeit

Etwa zeitgleich wurden metakognitive Faktoren und Annahmen auch in störungsspezifische kognitiv-behaviorale Modelle übernommen, ohne dass diese immer explizit als metakognitiv bezeichnet wurden. Drei Beispiele seien hier genannt:

Metakognitive  
Annahmen in  
störungsspezifi-  
schen kognitiv-  
behavioralen  
Modellen

- Die amerikanische Psychologin Susan Nolen-Hoeksema (1991) definierte in ihrer *Response Style Theory* Grübeln bzw. Ruminieren als eine Reaktion auf die eigene Stimmung, die ein wiederholtes und passives Nachdenken über die eigene Symptome der Depression beinhaltet und die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen begünstigt (vgl. genauer in Kapitel 2.6.2).
- Das Störungsmodell und der Behandlungsansatz der sozialen Phobie von Clark und Wells (1995) sieht dysfunktionale Aufmerksamkeitsstrategien, wie eine exzessive Selbstaufmerksamkeit, als bedeutsam für die Störung an und zieht damit dysfunktionale metakognitive Regulationsprozesse zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung sozialphobischer Symptome heran.
- Für die Zwangsstörung definierte die internationale Forschergruppe Obsessive-Compulsive Working Group (1997) auf Basis empirischer Studien sechs zwangstypische dysfunktionale Annahmen, die auch Basis kognitiv-orientierter Therapien sind. Neben spezifischen ungünstigen inhaltlichen Überzeugungen (Überschätzung von Gefahren, Unsicherheitsintoleranz, Perfektionismus, erhöhter subjektiver Verantwortlichkeit) beziehen sich

Grübeln bei  
Depressionen

Metakognitive  
Aspekte bei  
zwangstypischen  
dysfunktionalen  
Annahmen

diese dysfunktionalen Kognitionen bei Zwangspatienten auch auf zwei metakognitive Aspekte: die Dimensionen „Bedeutsamkeit von Gedanken“ und „Notwendigkeit, Gedanken zu kontrollieren“.

S-REF-Modell  
nach Wells und  
Matthews

In Fortführung dieser Arbeiten mit Ursprüngen in der Differential- und Sozialpsychologie und der Klinischen Psychologie entwickelte Adrian Wells in den 1990er Jahren zusammen mit dem Kognitionspsychologen Gerald Matthews ein spezifisch metakognitives Modell der Psychopathologie, das Self Regulatory Executive Function Model (S-REF-Modell) (Wells & Matthews, 1996). Dieses transdiagnostische Modell betont die Rolle dysfunktionaler metakognitiver Annahmen und Prozesse bei der Emotions- und Handlungsregulation und postuliert ihre zentrale Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung emotionaler Störungen. Es bildet den theoretischen Hintergrund und das Rational für die Ableitung metakognitiver Störungsmodelle und Therapiestrategien (vgl. Kapitel 2.3).

### 1.3 Kernmerkmale des metakognitiven Ansatzes

Gedanken als  
vorübergehende  
mentale  
Phänomene

Zentrales Element der metakognitiven Therapie (MKT) sind Annahmen, die Menschen über die Wichtigkeit und Beeinflussbarkeit ihrer Gedanken haben. Metakognitive Therapie möchte es Menschen ermöglichen, Gedanken als vorübergehende mentale Phänomene zu begreifen, die nicht direkt die Realität abbilden und vorhersagen. Somit können wir uns diesen willentlich zuwenden, aber auch wieder von ihnen abwenden. Hier sollen also Überzeugungen *über* das eigene Denken und seine Macht verändert werden. Um dies zu fördern, sollen günstigere Strategien und Fertigkeiten erlernt und geübt werden, die Patienten und Patientinnen beim Auftauchen von unangenehmen Gedanken einsetzen können. Durch spezielle Techniken (z. B. die losgelöste Achtsamkeit und das Aufmerksamkeitstraining), die in Kapitel 4 näher erläutert werden, wird die Fähigkeit trainiert, sich von solchen unangenehmen inneren gedanklichen Phänomenen zu distanzieren und die Aufmerksamkeit flexibel anderen Ereignissen (z. B. in der äußeren Umgebung) zuzuwenden.

#### Merke

Hauptfokus der metakognitiven Therapie ist es, die Art und Weise zu verändern, wie Menschen die Bedeutsamkeit und Kontrollierbarkeit ihrer Gedanken beurteilen. MKT möchte die Einsicht fördern, dass Gedanken die Realität nicht unmittelbar abbilden. Menschen sollen befähigt werden, sich eigenen gedanklichen Prozessen flexibel zuwenden und wieder davon abwenden zu können. Ungünstige Aufschaukelungsprozesse sollen unterbunden werden.

Dysfunktionale Überzeugungen ändern und Selbstregulationsprozesse verbessern? Das klingt eigentlich nach den klassischen Zielsetzungen und Vorgehensweisen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Mit den Störungsmodellen der kognitiven Verhaltenstherapie teilt die metakognitive Therapie die grundsätzliche Annahme, dass dysfunktionale Kognitionen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen. Unterschiede zwischen der KVT und der MKT ergeben sich bei der Frage, *woher* diese kognitiven Verzerrungen rühren. Klassische und neuere Vertreter der kognitiven Theorie und Therapie psychischer Störungen, wie Beck, Ellis oder Young (vgl. dazu ausführlich Hautzinger & Pössel, 2017) begründen das Auftreten dieser Verzerrungen mit (lebensgeschichtlich früh angelegten) dysfunktionalen Grundannahmen und Lebensregeln über das Selbst und die Welt. Demgegenüber betont die metakognitive Therapie, dass ungünstige Kognitionen und nachfolgende problematische Emotionen und Verhaltensweisen aus einem ungünstigen *Stil* resultieren, mit internen mentalen Phänomenen umzugehen. Dieser Stil ist einerseits durch eine Fixierung der Aufmerksamkeit auf Bedrohung und andererseits durch ein repetitives, selbstbezogenes Kreisen um negative Inhalte und Empfindungen gekennzeichnet. Damit sind der metakognitiven Therapie zufolge ungünstige inhaltliche Überzeugungen, z. B. zum Wert der eigenen Person, vielmehr als Nebenprodukte der als zentral angesehenen metakognitiven Überzeugungen einzuordnen. Aus den Modellannahmen der KVT und der MKT zu Art und Ursprung kognitiver Verzerrungen resultieren einerseits Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede im therapeutischen Vorgehen. Beide Therapiezugänge beschäftigen sich mit dysfunktionalen Bewertungen und nutzen dafür kognitive Techniken, wie Gedankenprotokolle oder den sokratischen Dialog und verhaltensorientierte Techniken, wie Verhaltensexperimente. Im Gegensatz zum kognitiv-behavioralen Ansatz, bei dem Inhalt und Produkt von dysfunktionalen Informationsprozessen verändert werden sollen, fokussiert die metakognitive Therapie auf die dahinterliegenden Annahmen über das eigene Denken und auf den Prozess der mentalen Selbstregulation.

Unterschied zur kognitiven Verhaltenstherapie

Ungünstiger Denkstil

Fokus der MKT auf metakognitiven Annahmen

### Gemeinsamkeiten von KVT und MKT

Die metakognitive Therapie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie und teilt mit ihr wesentliche Annahmen zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und zu Grundsätzen der Behandlungsgestaltung:

- Dysfunktionale Kognitionen führen zu problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen.
- Situative innere und äußere Auslöser können erlernte ungünstige Bewertungen und nachfolgend ungünstige Erlebens- und Verhaltensweisen in Gang setzen.