



Von der zunehmenden Angst, erwachsen zu werden

Das Jugend- und junge Erwachsenenalter ist mit einer Vielzahl von Entwicklungsaufgaben verbunden. Defizite in der Bewältigung erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung. Diese wiederum macht es ihrerseits schwer, Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu lösen. Wechselwirkungen sind daher für die psychotherapeutische Arbeit mit jungen Menschen hochrelevant.

Jede zweite psychische Erkrankung bei Erwachsenen beginnt im Jugendalter. Neurobiologische Veränderungen und vielfältige Entwicklungsaufgaben, die in der Adoleszenz zu meistern sind, erhöhen die Vulnerabilität. In dieser Phase werden das limbische System und der präfrontale Kortex umgebaut, was die Emotionsverarbeitung und die kognitive Handlungssteuerung vorübergehend beeinträchtigen kann. Dabei verändert sich auch der Neurotransmitterhaushalt. Negative Gefühlszustände und Stimmungsschwankungen werden wahrscheinlicher, das Belohnungssystem ist nur schwer zu stimulieren, die Emotionskontrolle gelingt nur unvollständig (Lohaus & Vierhaus 2015). Hinzu kommen die hormonellen und körperlichen Veränderungen, die zunehmend auch Fragen zur eigenen Geschlechterrolle aufwerfen, Fragen zur eigenen Identität. Das Selbstwertgefühl kann in dieser Lebensphase stark beein-

trächtigt sein. Gleichzeitig steigen die sozialen, persönlichen und schulischen Anforderungen, besonders in Bezug auf Eigenverantwortung und Autonomie. Das Verhältnis zu den Eltern verändert sich, wird oft konfliktgeladener. Umso wichtiger werden Beziehungen zu Peers – und zu potentiellen Partner*innen.

Der Grad zur Überforderung ist oft schmal, vor allem wenn es an geeigneten Bewältigungsstrategien mangelt, an hilfreicher Unterstützung durch Eltern oder andere Bezugspersonen, an guten Kontakten zu Gleichaltrigen, oder zusätzliche Belastungen hinzukommen. Viele Jugendliche, die psychisch erkranken, haben Angst davor, erwachsen zu werden, trauen es sich nicht zu. Vor allem bei Essstörungen, aber auch bei Angsterkrankungen und Depressionen kann die Angst vor dem Erwachsenwerden eine zentrale Rolle spielen.

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

vielen Dank für die zahlreichen Gratulationen zu unserem 25-jährigen Bestehen, für den Zuspruch und das Interesse an unserer Arbeit. Nach dem spannenden Jubiläumssymposium im vergangenen Jahr widmen wir uns nun einem vielversprechenden Behandlungsansatz, der Patient*innen wie Therapeut*innen neue Horizonte eröffnen kann: der **Meta-kognitiven Therapie**. Wir freuen uns, dass wir Dr. Oliver Korn für eine Fortbildung im September zu diesem Thema gewinnen konnten. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Newsletter-Ausgabe sind **Wechselwirkungen von Entwicklungsaufgaben und psychischen Erkrankungen**. Denn diese sind sowohl für die psychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen als auch mit Erwachsenen von zentraler Bedeutung.

Eine anregende Lektüre wünschen
Andreas Pelzer
Benedikt Klauke
YooJeong Lee
Vera Frühauf



→ Von der zunehmenden Angst, erwachsen zu werden

Zunehmend ist sie auch bei jungen Erwachsenen festzustellen. Eine mögliche Ursache liegt in der Ausweitung bzw. Aufspaltung der Adoleszenzphase, die durch eine verlängerte Identitätsentwicklung, einen späteren Einstieg in Beruf und Familie, mehr Wahlfreiheit, aber auch mehr Instabilität und Abhängigkeit gekennzeichnet ist (Fegert & Freyberger 2017). Deshalb können nicht gemeisterte Entwicklungsaufgaben durchaus auch in der Erwachsenentherapie eine bedeutsame Rolle spielen.

Hiermit eng verbunden ist das Thema der Autonomie. Immer mehr Eltern neigen dazu, Probleme für ihre Kinder lösen zu wollen. Damit nehmen sie ihnen die Chance, sich eigenständig und selbstwirksam zu erleben. Der psychotherapeutische Raum bietet den jungen Menschen häufig zum ersten Mal die Möglichkeit, sich ihrem Bedürfnis nach Autonomie bewusst zu werden. Viele Eltern reagieren darauf zunächst irritiert, was deutlich macht, wie wichtig die begleitende Elternarbeit ist.

Bei Essstörungen werden häufig Blockaden in der Autonomieentwicklung beobachtet. Auch bei Angsterkrankungen ist die Ablösung von den Bezugspersonen häufig ein wichtiger Therapiebaustein. Eine weitere wesentliche Entwicklungsaufgabe kann hier in dem Aufbau von Peer-Beziehungen bestehen – vor allem bei Sozialen Phobien, um Rückzug und Vermeidung entgegenzuwirken. Sehr unterschiedlich stellen sich Blockaden in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bei depressiv erkrankten jungen Menschen dar. Vielen fällt es schwer, eine eigene Identität aufzubauen, eigene Lebensziele zu entwickeln, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und sich ein Erwachsenenendasein zuzutrauen. Nicht selten mangelt es auch an sozialen Kompetenzen und Kontakten. Insgesamt dominiert oft das Gefühl der Überforderung. Dies beeinflusst die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ebenso wie den Erkrankungsverlauf und den psychotherapeutischen Prozess an sich. Deshalb ist ein genauer Blick auf mög-

liche Wechselwirkungen von Anfang an bis ins Erwachsenenalter hinein wichtig.

Fegert, J. M. & Freyberger, H. J.: Adoleszenz – eine Lebensphase weitet sich aus. Psychotherapie im Dialog 2017; 2:16-22.

Lohaus, A. & Vierhaus, M. (2015): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, Heidelberg: Springer.



Dr. med. Andreas Pelzer
Leitender Arzt
Pelzer@c-d-k.de
Tel. +49 251 48 10-102



Dipl.-Psych. Vera Frühauf
Stv. Leitende Psychotherapeutin
Bereichsleiterin Jugendliche
und junge Erwachsene
Fruehauf@c-d-k.de
Tel. +49 251 48 10-102

■ Von der Objekt- auf die Metaebene

Nicht WAS ein Mensch denkt, sondern WIE er denkt, ist entscheidend – so das Postulat der Metakognitiven Therapie. Sie geht davon aus, dass bestimmte Überzeugungen über das Denken und dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse psychische Erkrankungen aufrechterhalten. Die Fähigkeit zur Selbstregulation steht im Zentrum der Therapie.

Aus der Erkenntnis, dass die „etablierten, klassischen Behandlungsansätze einige wichtige Phänomene psychischer Erkrankungen nicht [ausreichend] erklären konnten“ (Korn et al. 2014), begann Adrian Wells vor etwa 20 Jahren die Metakognitive Therapie (MCT) zu entwickeln. Er bezog sich dabei insbesondere auf das exzessive Sich-Sorgen-Machen, das repetitive Grübeln und die auf Bedrohungen fixierte Aufmerksamkeit sowie das übermäßige Kreisen um sich selbst. Statt weiterhin die kognitiven Inhalte zu fokussieren, rückt die MCT den Prozess des Denkens in den Vordergrund:

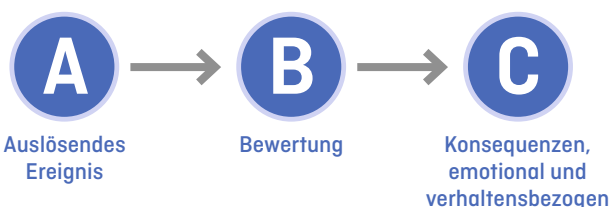
Nicht die negativen Gedanken an sich sind klinisch relevant und behandlungsbedürftig, sondern die Art und Weise der Menschen, mit ihnen umzugehen.

Die Basis der metakognitiven Theorie bildet das Self-Regulatory Executive Function Model. Demnach sind psychische Erkrankungen eine Folge dysfunktionaler Aufmerksamkeitsprozesse und maladaptiver Denkstile, die sich zu einem Kognitiven Aufmerksamkeitssyndrom (CAS) zusammenfassen lassen. Durch den unflexiblen und perseverierenden Einsatz be-

stimmter kognitiver Strategien werden belastende Emotionen aufrechterhalten und intensiviert. Neben dem Sich-Sorgen-Machen, Grübeln und Bedrohungsmonitoring zählen hierzu auch Bewältigungsstrategien, wie z. B. Unterdrücken von Gedanken, Vermeiden oder Rückversichern. Dies begünstigt nicht nur, dass psychische Krankheiten wie Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen entstehen, sondern auch, dass sie fortbestehen.

In der metakognitiven Theorie ist das CAS das Ergebnis bestimmter, positiver und negativer

ABC-Modell



AMC-Modell

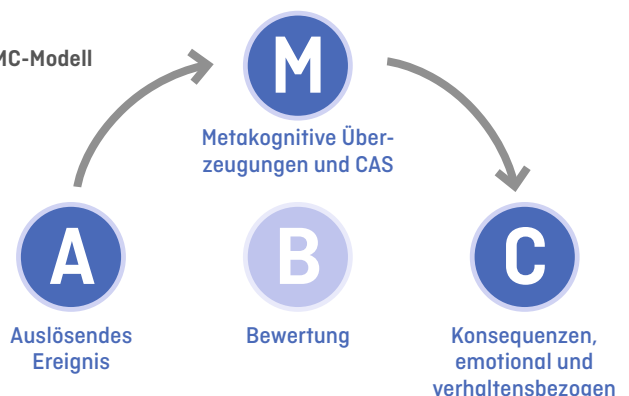


Abb. ABC-Modell der Kognitiven Therapien vs. AMC-Modell der MCT

Metakognitionen, die die Denkprozesse steuern und kontrollieren (Uhmann & Hoyer 2011). Das therapeutische Ziel ist dementsprechend, das Aufmerksamkeitsyndrom aufzulösen und die ihm zugrunde liegenden Metakognitionen zu verändern.

Modifikation positiver und negativer Metakognitionen

Typische negative Metakognitionen sind Überzeugungen, das Sich-Sorgen oder Grübeln sei unkontrollierbar und habe als Denkprozess negative Folgen (Korn et al. 2012). So befürchten Menschen mit einer Generalisierten Angststörung z. B. häufig, durch das ständige Sich-Sorgen-Machen verrückt zu werden. Gleichzeitig teilen viele die Überzeugung, das Sich-Sorgen helfe, mögliche Probleme zu bewältigen. Ähnliche positive Metakognitionen haben Menschen mit Depressionen, wenn sie z. B. der Überzeugung sind, durch die Analyse ihres Versagens die Depression überwinden zu können. Menschen mit Zwangsgedanken wiederum fürchten sich davor, dass diese, auch gegen ihren Willen, wahr werden oder zu entsprechenden Handlungen führen. Gleichzeitig sind sie überzeugt, dass Rituale vor Unheil schützen.

Wesentlich ist hierbei, dass die Gedanken und inneren Bilder im sogenannten Objektmodus verarbeitet und wie Tatsachen behandelt werden. Sie werden wie Sinneswahrnehmungen erlebt und unmittelbar mit dem Selbst verknüpft

(ebd.). Der Wechsel auf die Metaebene, in den Metamodus, ermöglicht einen entscheidenden Perspektivwechsel, der nicht auf Bewältigung zielt, sondern auf den Gewinn von Abstand, kognitiver Flexibilität und Selbstregulation.

So fragt die MCT z. B. danach, welchen Sinn es macht, sich über mögliches Versagen zu sorgen. Oder welchen Effekt das Grübeln auf depressives Erleben hat und wie sich dieses verändert, wenn man vom Grübeln abgelenkt ist. Oder ob ein Zwangsritual noch durchgeführt werden müsste, wenn in jeder Situation klar wäre, dass Zwangsgedanken einfach nur vorübergehende Gedanken sind (Simons 2012). Der Erkenntnisprozess, dass Gedanken keine Realität, sondern innere Repräsentationen abbilden, dass sie Emotionen auslösen und verstärken können, dass sie sehr wohl kontrollierbar sind und keiner Reaktion bedürfen, kann durch Verhaltensexperimente, auch Expositionen, unterstützt werden.

Aufmerksamkeitstraining und Detached Mindfulness

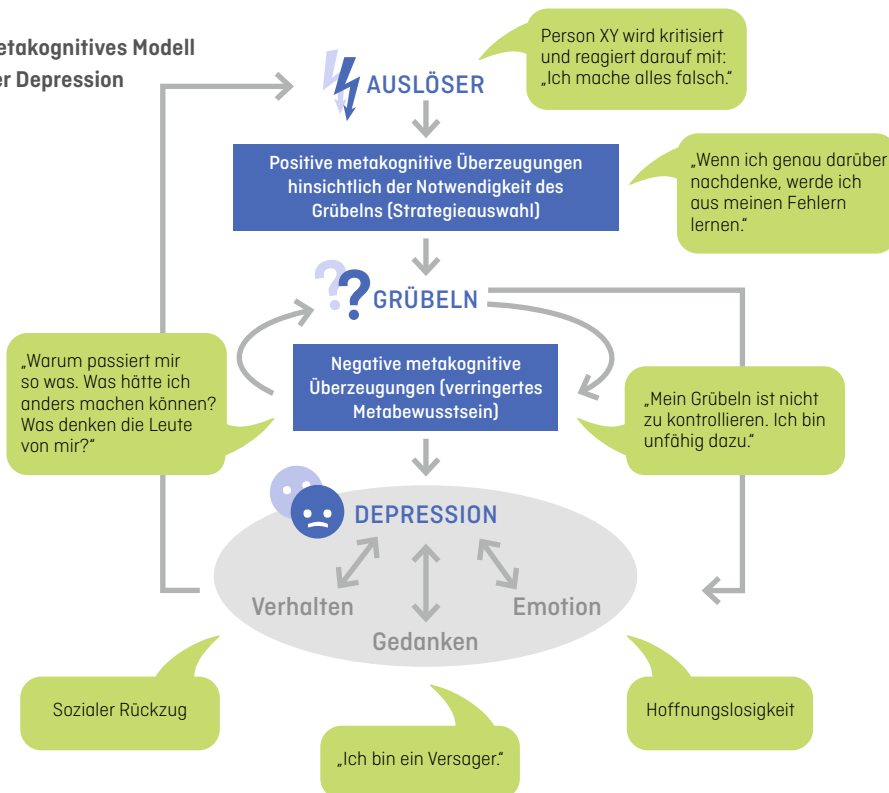
Zentrale Techniken der MCT, um das metakognitive Bewusstsein und den flexiblen Modus-Wechsel zu fördern, sind das Aufmerksamkeitstraining (ATT) und die Losgelöste Achtsamkeit (Detached Mindfulness, DM).



Auch diese Techniken sind prozessorientiert, so dass sie störungsübergreifend eingesetzt werden können. Beim ATT wird die bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit trainiert. Ablenkende Gedanken und Gefühle sollen schließlich nur noch als „Hintergrundgeräusche“ wahrgenommen und möglichst wenig beachtet werden. Auch bei der DM geht es darum, innere Ereignisse als distanzierter Beobachter – bewusst und unabhängig vom Selbst und der Welt – wahrzunehmen, ohne auf sie zu reagieren. Schließlich schaffen diese Techniken Raum, um neue Bewältigungsformen zu etablieren. Studien weisen darauf hin, dass Patient*innen die Behandlung sehr gut annehmen und die Therapieerfolge nachhaltig sind (Korn et al. 2014).

Fischer, P. & Wells, A. (2015): *Metakognitive Therapie*. Paderborn: Junfermann.
 Korn O., Sipos, V. & Schweiger, U.: *Die Metakognitive Therapie der Generalisierten Angststörung*. *Psychotherapie* 2012; 17 (1):119-130.
 Korn, O., Korn, J. & Schweiger, U.: *Metakognitive Therapie*. *Nervenheilkunde* 2014; 4:259-264.
 Simons, M.: *Anders denken - Metakognitive Therapie für Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen: Ein Behandlungsplan*. *Verhaltenstherapie* 2012; 22:259-267.
 Uhmann, S. & Hoyer, J.: *Metakognitive Therapie der Depression*. *Psychotherapie* 2011; 16 (2):306-313.

Metakognitives Modell der Depression



Dr. Dipl.-Psych. Benedikt Klauke
 Leitender Psychotherapeut
 Klauke@c-d-k.de
 Tel. +49 251 4810-102



Dr. med. YooJeong Lee
 Leitende Oberärztin
 Lee@c-d-k.de
 Tel. +49 251 4810-102

Abb.: Das metakognitive Modell der Depression modifiziert nach Fisher & Wells (2015) und Hoyer & Uhmann (2011)



Impression vom Jubiläumssymposium 2018 im LWL-Museum für Kunst und Kultur

Impressum

Herausgeber:
Christoph-Dornier-Klinik GmbH
Tibusstr. 7 – 11, 48143 Münster (NRW)
Tel. +49 251 4810-0
Fax +49 251 4810-144
info@christoph-dornier-klinik.de
www.christoph-dornier-klinik.de

Redaktion:
Katja Schepers, Vera Frühauf,
Benedikt Klauke, YooJeong Lee,
Andreas Pelzer

Gestaltung: www.elemente.ms
Fotos: Roman Mensing
© Christoph-Dornier-Klinik GmbH
Stand Juni 2019

AKTUELLES + TERMINE

FORTBILDUNGEN für Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Interessierte

Samstag, 07.09.2019, 10 – 15 Uhr
Metakognitive Therapie

Workshop/Vortrag

Referent: Dr. Dipl.-Psych. Oliver Korn,
Praxis für Psychotherapie Groß Grönau

Vita: Psychologischer Psychotherapeut (VT), 14 Jahre wissenschaftlicher Mitarbeiter und Psychologischer Psychotherapeut an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins bzw. des Zentrums für

Integrative Psychiatrie gGmbH, Campus Lübeck. Weiterbildungen in Systemischer Familientherapie, Kognitiver Verhaltenstherapie und Dialektischer Verhaltenstherapie (DBT). Weiterbildung am MCT-Institute von Prof. Wells in Manchester in Metakognitiver Therapie. Dozent für Metakognitive Therapie bei verschiedenen verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten und auf Kongressen.

Wir bitten um rechtzeitige Anmeldung. Fortbildungspunkte sind beantragt.



Martina Nagel
Teamleiterin Patientenmanagement
Tel. +49 251 4810-102
Fax +49 251 4810-144
info@christoph-dornier-klinik.de



Christoph Dornier Klinik für Psychotherapie

25 JAHRE 1993 – 2018

- Intensive Einzelpsychotherapie (KVT)
- Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren
- Bei Bedarf Vor-Ort-Therapie
- Anorexie-Behandlung ab einem BMI von 12 kg/m² ohne Sondenernährung
- Privat und gesetzlich versicherte Patient*innen (Einzelfallentscheidung) sowie Beihilfeberechtigte
- Zentral in Münster



Kostenloses Infotelefon

mit Diplom-Psychologen für Betroffene, Angehörige und Fachpersonal
mittwochs von 17 – 20 Uhr

+49 251 4810-148