

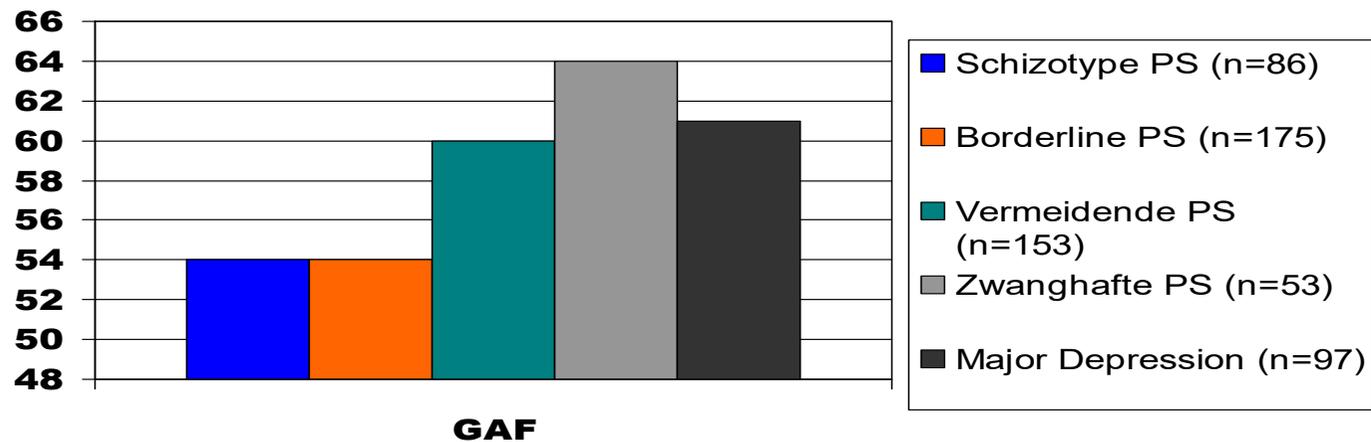
Therapie der Borderline-PKS: Neue Ideen zu etablierten Wegen

Sebastian Rudolf

DSM-V Kriterien Borderline Persönlichkeitsstörung

- Bemühungen, vermutetes Verlassenwerden zu verhindern
- Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen
- Identitätsstörung
- Impulsivität in zwei selbstschädigenden Bereichen
- Wiederholte suizidale Handlungen oder Selbstverletzungen
- Affektive Instabilität
- Chronisches Gefühl der inneren Leere
- Unangemessene Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
- Vorübergehende paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome in Belastungssituationen

Funktionelle Beeinträchtigung durch Persönlichkeitsstörungen



DBT-Charakteristika: Zielhierarchisierung

- Reduzierung suizidaler Verhaltensweisen
- Reduzierung von Verhaltensweisen, die die Therapie behindern
- Reduzierung von Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken
- Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten
- Reduzierung von Verhaltensweisen, die mit posttraumatischer Belastung zusammenhängen.
- Selbstachtung erhöhen
- Erreichung individueller Ziele

Therapeutische Grundanforderungen: Akzeptanz

- Die Patientinnen mit BPS sind schwer krank. Ausgeprägte Symptome können trotz intensiver Therapie lange bestehen bleiben.
- Symptome wie chronische Suizidgedanken oder Selbstverletzungen stellen eine Belastung für Therapeuten dar.
- Niederschwellige Einweisung in geschlossene Abteilungen und psychopharmakologische Polypragmasie verschlechtert den Krankheitsverlauf

Therapeutische Grundanforderungen: Ausgeglichenheit

- Patientinnen mit BPS benötigen eine gleichmäßig wohlwollende Unterstützung
- Symptomgeleitete Variabilität der Therapieintensität oder Wechsel zwischen intensiver Zuwendung und skeptischer Distanz sind ungünstig

Therapeutische Grundanforderungen: Validierung

- Die Handlungs- und Erlebensweisen von Patientinnen mit BPS sind in ihrem Lebenskontext funktional und kurzfristig unverzichtbar.
- Validierungsstrategien fokussieren das logische und adaptive innerhalb von „dysfunktionalen“ Verhaltensweisen

Therapiemodule DBT

- Achtsamkeit
- Stresstoleranz
- Soziale Kompetenz
- Emotionregulation

Warum nun auch noch Metakognitive Therapie?

- Weil klassisch kognitives Arbeiten an Grenzen stößt!
Bsp. Selbstwert/Selbstachtung

Grundlage MCT:

- Ergebnis sukzessiver Forschungstätigkeit über Jahrzehnte
- Klinische Erfahrung: besondere Rolle von kognitiven Prozessen (Grübeln/Sorgen) bei vielen Störungsbildern
- Daten: MCT könnte eine hochwirksame und nachhaltige Behandlung darstellen

Ich bin einen Dreck wert

Nachdenken hilft mir:
ein besserer Mensch zu werden...mir über Dinge klar zu werden...Lösungen zu finden

Warum bin ich so, wie ich bin, was sagt das über mich...?
Was wenn ich immer so bleibe? Was wenn ich mein Leben nie hinkriege?

Ich habe keine Kontrolle/bin verrückt

Dysfunktionales
Verhalten

Gedankenunterdrückung

Angst
Hoffnungslosigkeit
Scham
Anspannung

Unterschiede KVT/MCT

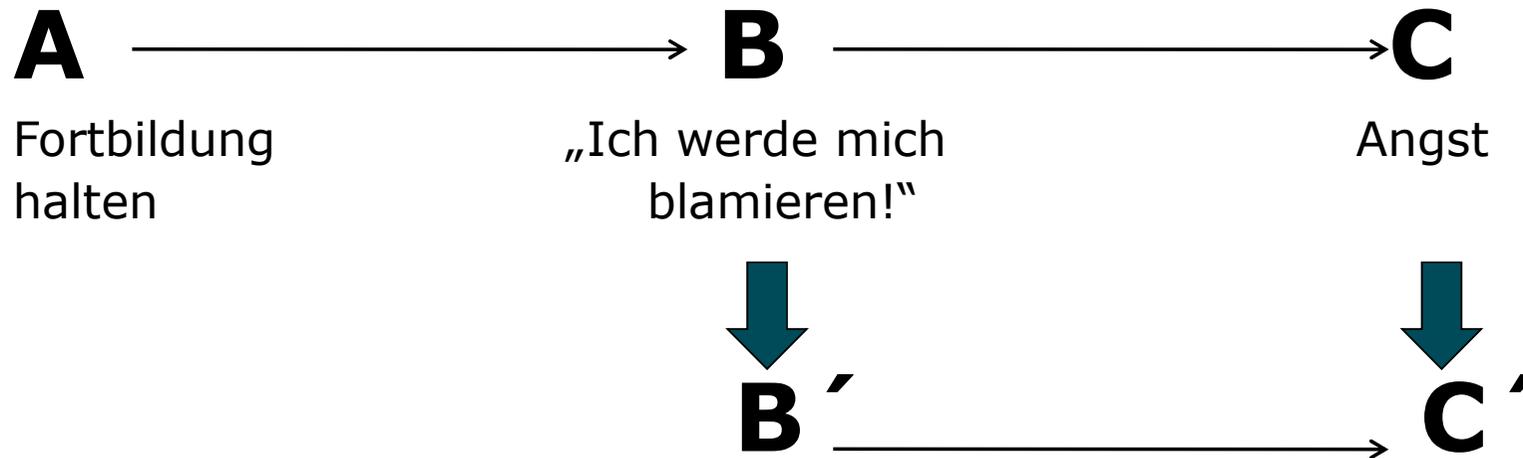
Annahme KVT:

„Es sind nicht die Ereignisse an sich, die psychische Störungen verursachen, sondern die Art und Weise, wie sie interpretiert werden!“



Th. unterstützt bei der Überprüfung des Grades der Angemessenheit des Gedankens (Realitätstest)

Unterschiede KVT/MCT ABC-Modell



Warum haben Gedanken so einen massiven Einfluss auf unser Erleben?

Unterschiede KVT/MCT

...denn, haben wir nicht alle schon einmal vergleichbare Gedanken gehabt?

Beispiele:

„Ich werde mich blamieren!“

„Ich bin ein Versager!“

„Wenn ich mir noch länger Sorgen mache, werde ich noch verrückt!“

Unterschiede KVT/MCT

Stellen unsere negativen Gedanken/Interpretationen tatsächlich den wesentlichen Schlüssel für psychische Störungen da?

Müssten wir dann nicht alle psychisch krank sein?

Unterschiede KVT/MCT

3 hilfreiche Fragen:

Wie viele negative Gedanken haben Sie gestern gehabt?

Wo sind diese gestrigen Gedanken geblieben?

Gedanken sind vergänglich. Was führt also dazu, dass sie bestehen bleiben?

Unterschiede KVT/MCT

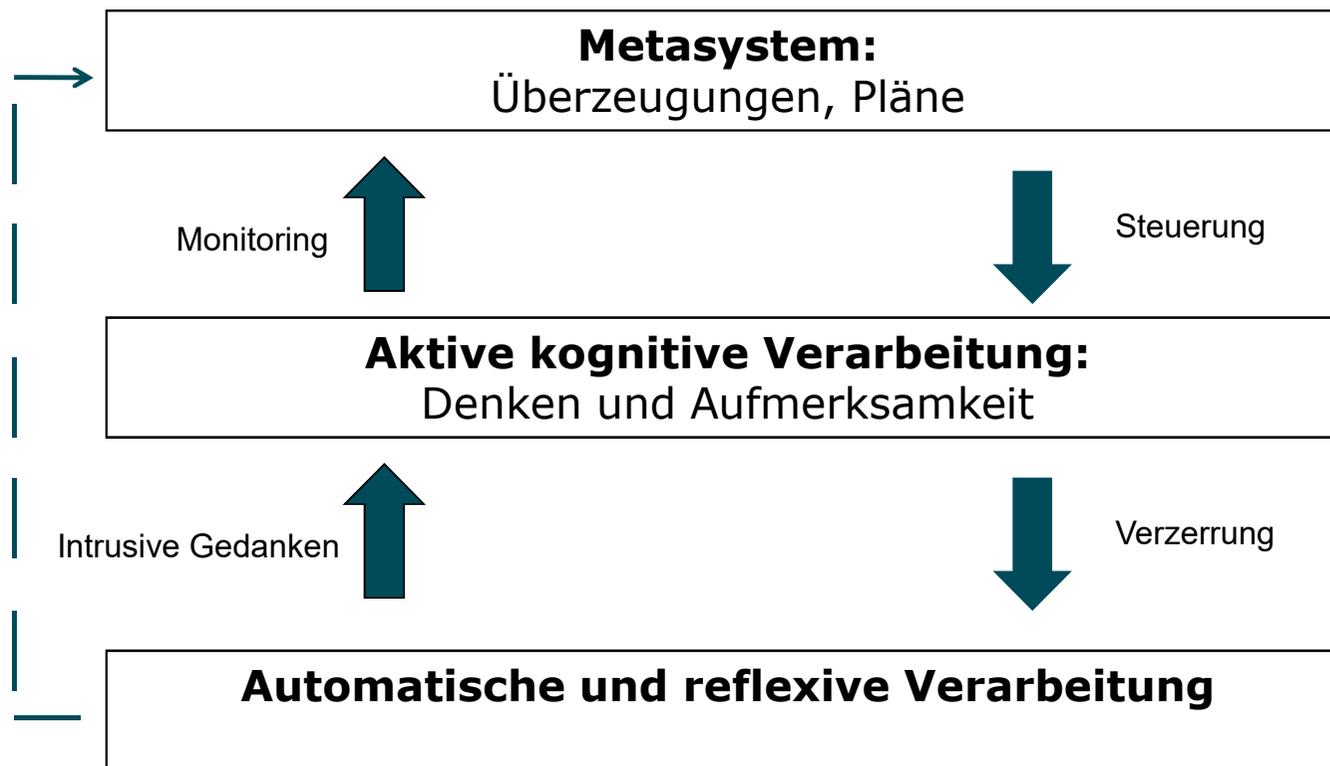
Annahme MCT

„Gedanken sind nicht das Wesentliche, Deine Reaktion auf sie ist es!“



Psychische Störungen entstehen durch **unflexible und perseverierende kognitive Prozesse** im Umgang mit Gedanken/Gefühlen/Überzeugungen

Metakognitive Therapie: Die Grundlagen



Definition von Metakognitionen

Der Teil der Kognition, der für die Überwachung, die Kontrolle und Bewertung des Denkens, Lernens und des Gedächtnisses verantwortlich ist.

Metakognition ist Kognition angewandt auf Kognition oder auch „Cognition about cognition“

Bestimmen unsere Strategien zur Regulation von Gedanken und Gefühlen

Negative Metakognitiven metakognitive Überzeugungen

- „Ich habe keine Kontrolle über mein Grübeln/mein Sorgen!“
- „Wenn ich gewalttätige Gedanken habe, dann werde ich es auch tun!“
- „Wenn ich mir weiter Sorgen mache, dann werde ich noch verrückt!“

Positive Metakognitionen Metakognitive Überzeugungen

- „Grübeln hilft mir, eine Lösung für meine Probleme zu finden!“
- „Wenn ich meine Aufmerksamkeit auf potentielle Gefahren lenke, bin ich sicher!“
- „Wenn ich mir Sorgen mache, bin ich auf negative Ereignisse vorbereitet!“

Metakognitive Therapie

Das kognitive Aufmerksamkeitssyndrom (CAS):

- Sich-Sorgen-machen
- Grübeln
- Bedrohungsmonitoring
- Dysfunktionale Bewältigungsstrategien
 - z.B. Gedankenunterdrückung, Vermeidung auf der kognitiven, emotionalen und Verhaltensebene

CAS Sich-Sorgen machen

- Bewältigungsstrategie für potentielle negative Ereignisse in der Zukunft
- „Was wäre wenn...?“
- Perseverierender Prozess
- Negativer Bias der Wahrnehmung (Sorgen über positive Zukunft?)
- Bezug zur Emotion Angst

CAS Grübeln

- Vergangenheitsbezogene Bewältigungsstrategie/Lernen aus Erfahrung
- „Warum...?“
- Perseverierender zirkulärer Prozess
- Negativer Bias der Wahrnehmung (Nachdenken über schöne Dinge in der Vergangenheit?)
- Bezug zu den Emotionen Traurigkeit und Niedergeschlagenheit

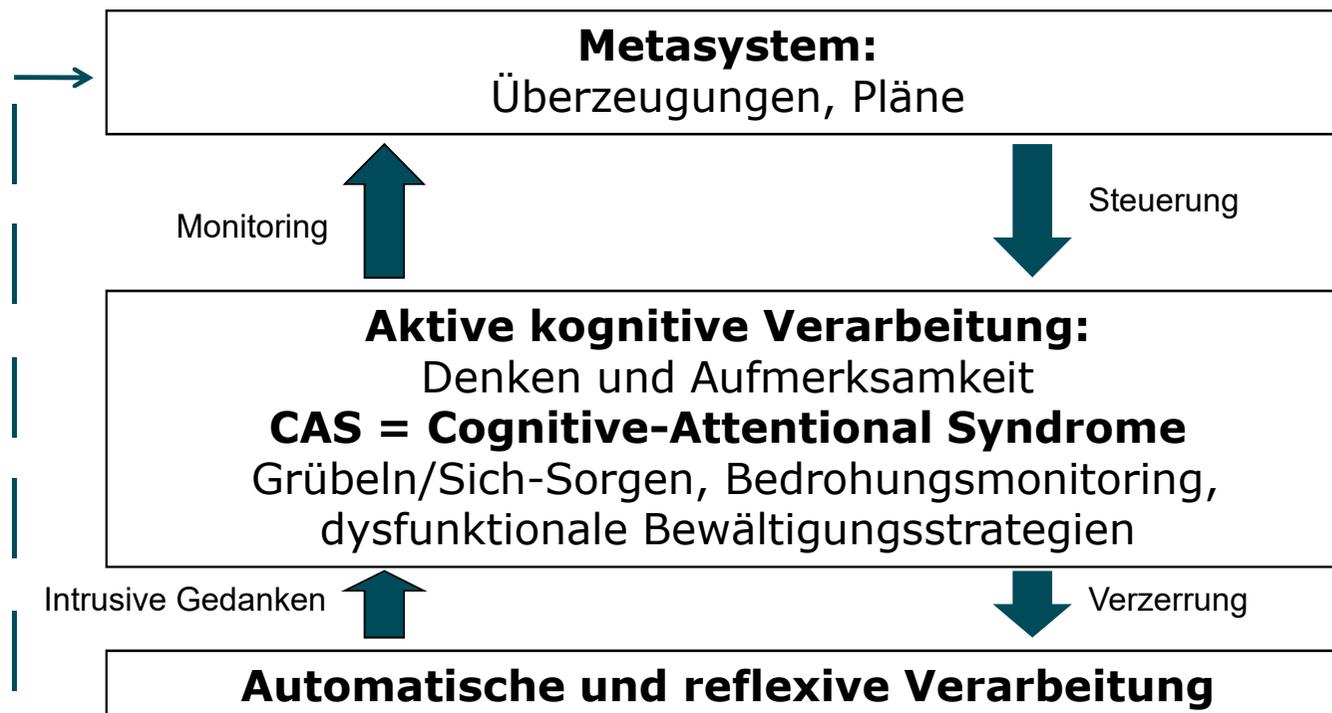
CAS Bedrohungsmonitoring

- Richten der Aufmerksamkeit auf potentielle Gefahren
- Prüfen von Körpersymptomen (z.B. Energielosigkeit), Gefahren in der Umgebung, „gefährliche“ Gedanken

CAS Dysfunktionale Strategien

- Gedankenunterdrückung: funktioniert max. vorübergehend: Gefühl des Kontrollverlusts, stört die emotionale Verarbeitung
- Vermeidung: verhindert die Erfahrung, dass Situationen bewältigt werden können und Kognitionen/Emotionen ungefährlich sind und erhält somit ein Gefühl von Gefahr

Metakognitive Therapie: Ein vereinfachtes (S-REF)-Modell



Metakognitive Therapie

Ziele der Metakognitiven Therapie:

1. Entfernen des CAS
2. Veränderung der zugrunde liegenden metakognitiven Überzeugungen und Pläne



Erfahrungs- und wissensbasierte Veränderung!
Üben, üben, üben!

Metakognitive Therapieansätze bei Menschen mit Borderline-PKS

Metakognitive Therapie

1. Fallkonzept
2. Vertrautmachen mit dem metakognitiven Modell
3. Veränderung von neg. Metakognitionen: „Unkontrollierbarkeit“
4. Veränderung von pos. Metakognitionen
5. Rückfallprophylaxe

Metakognitive Therapie: Therapie der GAD

Fallkonzeptionalisierung

Ich bin einen Dreck wert

Nachdenken hilft mir...
ein besserer Mensch zu werden...mir über Dinge klar zu werden...Lösungen zu finden

Warum bin ich so, wie ich bin, was sagt das über mich...?
Was wenn ich immer so bleibe? Was wenn ich mein Leben nie hinkriege?

Ich habe keine Kontrolle/bin verrückt

Dysfunktionales
Verhalten:
Rückversichern
Mit anderen reden

Gedankenunterdrückung

Angst
Hoffnungslosigkeit
Scham
Anspannung

Fallkonzept Elemente

Pos. Metakognitionen:

Nachdenken hilft mir, ein besserer Mensch zu werden...

Grübeln/Sorgen:

Warum bin ich so?

Was wenn ich immer so bleibe?

Neg. Metakognitionen:

Ich habe keine Kontrolle, ich werde verrückt

Fallkonzept Elemente

(Direkte) Gedankenkontrollstrategien:

Positives Denken, Gedanken unterdrücken, Analysieren...

Bewältigungsverhalten:

Rückversicherung einholen, mit anderen reden, Ablenkung, nach Beweisen/Informationen suchen, Substanzkonsum, Vermeiden von Nachrichten/Situationen, ...

Emotion und körperliche Reaktion

Metakognitive Therapie: Therapie der GAD

Vertrautmachen mit dem Modell

Metakognitive Therapie: Vertrautmachen mit dem Modell

1. Fallkonzept vorstellen
2. Hypothetische Fragen/Dissonanzstrategie:
 - „Wenn Sie glauben würden, dass Gedanken-machen eine ausschließlich gute Sache wäre, wie problematisch wären Sorgen dann?“
 - „Wenn Sie entdecken würden, dass Gedanken nicht unkontrollierbar sind, wieviel Ihres Problems wäre dann noch übrig?“
 - „Wenn Sie nicht länger glauben würden, dass Gedanken-machen gefährlich ist, wie belastend wäre es dann noch?“

Metakognitive Therapie: Vertrautmachen mit dem Modell

3. Effekte der eingesetzten Strategien hinterfragen:
„Wie effektiv war Ihre Strategie, um die Gedanken langfristig loszuwerden?“
„Wie gut funktioniert es, Ihre Gedanken zu unterdrücken?“
„Hat es auch eine Kehrseite, sich rückzuversichern, mit anderen zu reden...“
4. Experiment zur Gedankenunterdrückung

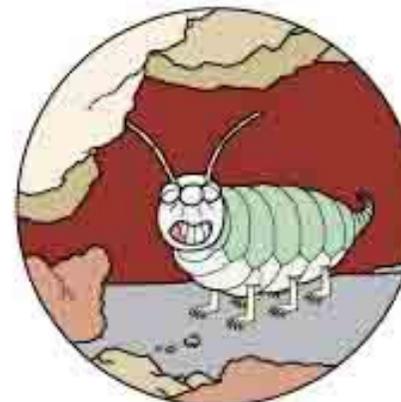
Experiment zur Gedankenunterdrückung

Blaue Giraffe
Rosa Elefant
Steinlaus

Gedankenunterdrückung

Schließen Sie die Augen
Versuchen Sie drei Minuten nicht
an ... zu denken
Verbieten Sie sich jeden
Gedanken daran

Alternative hilfreiche Strategie:
Gedanken-Aufschub



Metakognitive Therapie

Immer der erste Schritt:
Veränderung der negativen Metakognition
„Unkontrollierbarkeit/Gefahr“

Ich bin einen Dreck wert

Nachdenken hilft mir...
ein besserer Mensch zu werden...mir über Dinge klar zu werden...Lösungen zu finden

Warum bin ich so, wie ich bin, was sagt das über mich...?
Was wenn ich immer so bleibe? Was wenn ich mein Leben nie hinkriege?

Ich habe keine Kontrolle/bin verrückt

Dysfunktionales
Verhalten:
Rückversichern
Mit anderen reden

Gedankenunterdrückung

Angst
Hoffnungslosigkeit
Scham
Anspannung

Metakognitive Therapie Metakognition Unkontrollierbarkeit

1. Verbale Reattribution:
Modulatoren des Sorgenprozesses (z.B. Telefon,
Türklingel, Schlaf...)
2. Übungen/Metaphern benutzen
HA: Aufschieben von Sorgen (vs. Verdrängen)
3. Kontrollverlustexperimente:
In der Behandlungssitzung
In Zeiten aufgeschobener Sorgen
Bei Auftreten eines aktuellen Auslösers

Metakognitive Therapie

Veränderung negativer Metakognitionen:
„Gefahr (ich werde verrückt)“

Metakognitive Therapie Metakognitionen Gefahr

1. Erzeugen von Dissonanz:

„Sie glauben einerseits, dass Gedanken-machen Vorteile hat, andererseits aber auch, dass es schädlich ist. Wie kann beides wahr sein?“

„Haben Sie jemals daran gedacht, dass Gedanken-machen weder nützlich noch schädlich ist, sondern einfach irrelevant?“

Metakognitive Therapie Metakognition Gefahr

2. Verbale Reattribution:

„Woher wissen Sie, dass Gedanken-machen schädlich ist?“

„Wie lange haben Sie sich schon Gedanken gemacht? Sind Sie bisher zu Schaden gekommen?“

„Was schätzen Sie, wie viele Menschen auf der Straße machen sich Gedanken und wie viele werden davon verrückt?“

Metakognitive Therapie Metakognition Gefahr

3. Kritische Überprüfung der zugrunde liegenden Mechanismen:

„Wie verursacht das Gedanken-machen psychische Schäden?“

Infos über physiologische Zusammenhänge...

Metakognitive Therapie: Metakognition Gefahr

4. Psychoedukation:

Präsentieren von Daten (z.B. Wells & Morrison (1994): 79% der befragten Probanden machten sich alle 2 Wochen Sorgen in belastendem Ausmaß)

Umfragen durchführen lassen

Informieren über Stress

Metakognitive Therapie: Metakognition Gefahr

5. Verhaltensexperimente:

Versuch, durch Gedanken-machen verrückt zu werden, seinem Körper zu schaden...

Metakognitive Therapie

Veränderung positiver Metakognitionen

Metakognitive Therapie Positive Metakognitionen

1. Verbale Reattribution:

„Haben Sie irgendeinen Hinweis darauf, dass sich Gedanken machen hilfreich ist?“

„Haben Sie jemals etwas getan, ohne sich vorher Gedanken zu machen? Ergebnis?“

„Wie oft sind Situationen tatsächlich so geworden, wie sie Ihre Gedanken vorhergesagt haben?“

Metakognitive Therapie Positive Metakognitionen

2. Diskrepanz zwischen Sorgen und Wirklichkeit:

sowohl retrospektiv als auch prospektiv möglich:
Sorgenskript und Realitätsskript werden in einer
Tabelle gegenüber gestellt

Metakognitive Therapie Positive Metakognitionen

3. Modulation von Sich-Sorgen-machen:

Vergleich der Zeit vor der Therapie und heute, wo Gedanken-machen steuerbar ist

Verhaltensexperiment: Gedanken-machen verstärken und reduzieren und anschließend das Ergebnis im Alltag vergleichen

Metakognitive Therapie: Therapie der GAD

Rückfallprophylaxe

Metakognitive Therapie Rückfallprophylaxe

1. Prüfen, ob Reste von dysfunktionalen Metakognitionen vorhanden sind
2. Prüfen, ob Reste von Vermeidungsverhalten vorhanden sind
3. Alte und neue Verarbeitungspläne gegenüberstellen
4. Zusammenfassung der Therapie: Infos über das Krankheitsbild, Fallkonzept, Ergebnisse von Verhaltensexperimenten, ...
5. Auffrischungssitzungen vereinbaren

Herausforderungen

Menschen mit Borderline-PKS brauchen häufig aktive Unterstützung beim Aufbau von Fertigkeiten (soziales Kompetenztraining)

Setzt man DBT und MCT ein, muss man klar differenzieren:

- Achtsamkeit (DBT) vs. Detached Mindfulness,
- nicht kognitiv und metakognitiv Arbeiten!!!

Es liegt noch kein festes MCT-Konzept zur Therapie von Menschen mit BPS vor.

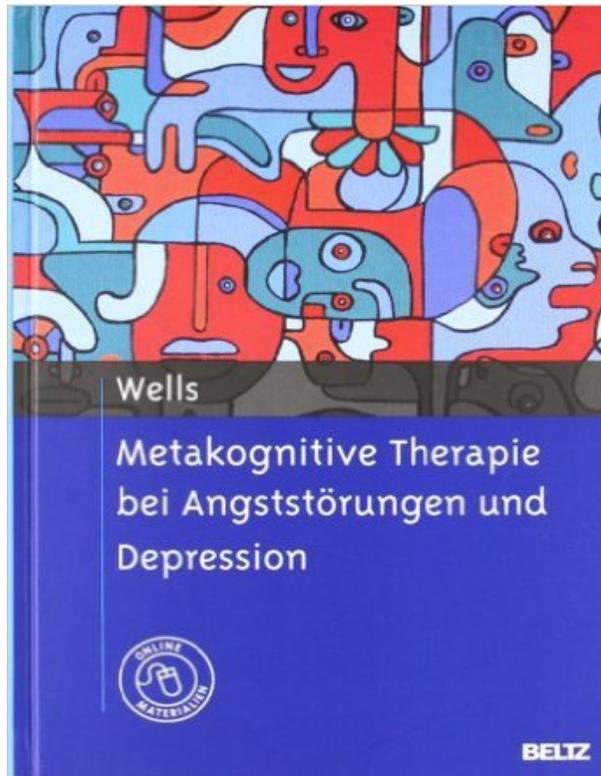
Zusammenfassung

- Unsere Patienten (auch wir) denken (stellenweise) zu viel!
- Gedankliche Prozesse sind nicht immer hilfreich!
- Die Metakognitive Therapie ist ein effektives neues Verfahren, dessen Einsatz sich auch für Menschen mit Borderline-PKS lohnen könnte

Manchmal ist weniger mehr:

Denkst Du noch oder lebst Du schon?

Weitere Informationen



www.metakognitivetherapie.de
www.mct-institute.com

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

—

Metakognitive Therapie Exkurs **Detached Mindfulness**

Mindfulness („Achtsamkeit“):

bewusste Wahrnehmung von inneren, kognitiven Ereignissen

Detached („Losgelöst“):

„Tu-nichts-Strategie“ = Antithese des CAS, keine Auseinandersetzung mit inneren Ereignissen, weder auf der kognitiven (z.B. Grübeln) noch auf der Verhaltensebene
Erleben des Selbst als getrennt v. inneren Ereignissen

Metakognitive Therapie Exkurs Detached Mindfulness

Gedanken haben einen massiven Einfluss auf unser Erleben!

Oder?

Zwei Arten Gedanken zu erleben

Objektmodus

Gedanken werden gewöhnlich wie Sinneswahrnehmungen erlebt, also:

- mit der Realität verschmolzen
- nicht von Welt und Selbst unterschieden
- werden nicht als innere Repräsentationen erkannt

Zwei Arten Gedanken zu erleben

Metakognitiver Modus

- Gedanken werden als vom Selbst und der Welt getrennte innere Ereignisse betrachtet
- Gedanken sind nur eine innere Repräsentation, die unterschiedliche Grade an Genauigkeit hat
- Beziehung zu Gedanken: Möglichkeit, einen Schritt zurückzutreten

Metakognitive Therapie Exkurs **Detached Mindfulness**

Ziele:

- Fördern des metakognitiven Verarbeitungsmodus
- Stoppen des CAS
- Erhöhen der Kontrolle über Aufmerksamkeit
- Reduktion des Einflusses von Gedanken auf das Selbstkonzept

Metakognitive Therapie: Exkurs Detached Mindfulness

- Zehn Techniken zur Einführung von DM (Kap. 5, Wells (2011))
- Gezieltes Üben in der Sitzung mit Auslösern des CAS

Detached Mindfulness

Metapher vom „quengeligen“ Kind

- Gedanken sind oft wie quengelige Kinder. Wenn Sie Ihnen gerade dann Aufmerksamkeit schenken, wenn Sie sich schlecht benehmen, verschlechtert sich die Situation.
- Nehmen Sie bewusst eine Beobachterrolle ein.

