



Leseprobe aus Callesen, Lebe mehr, grüble weniger, ISBN 978-3-407-86582-3
© 2020 Beltz Verlag in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?
isbn=978-3-407-86582-3](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-407-86582-3)

KAPITEL 1

SCHLUSS MIT DER INNENSCHAU

Ich wage es gleich zu Beginn, dich mit einer Behauptung zu provozieren: Wir werden nicht von einer Depression überfallen. Die kommt nicht von außen. Wir provozieren sie selbst. Darum können wir sie auch selbst bekämpfen, wenn wir das wollen. Wir können die Kontrolle zurückgewinnen, müssen nicht den depressiven Gedanken die Kontrolle über uns überlassen.

Es wird dir vielleicht schwerfallen, meine Behauptung anzunehmen. Die meisten von uns haben gelernt, dass eine Depression ein Zustand ist, der uns aufgrund einer emotionalen Krise oder eines chemischen Ungleichgewichts im Gehirn aus der Bahn wirft. Mit dieser Annahme geht die Überzeugung einher, dass wir keine Chance haben, eine Depression zu vermeiden. Dass wir es nicht beeinflussen können. Dass wir von einer Depression heimgesucht werden können, wenn die Umstände entsprechend sind – und zwar ganz unabhängig von unserem Verhalten.

Es handelt sich dabei um eine fast schon einbetonierte Überzeugung, aber neueste Forschungen zeigen, dass es sich ganz anders verhält. Das Leben hinterlässt bei allen von uns Schrammen und Narben an Körper und Seele. Wir durchleiden

Krisen, müssen Niederlagen und Enttäuschungen einstecken und mit Krankheiten zurechtkommen. Wir spüren Schmerz, Trauer, Angst, Niedergeschlagenheit, Frustration und Wut. Aber nicht alle werden davon depressiv. Warum ist das so?

Die Antwort verbirgt sich in den Strategien, die jeder Einzelne von uns einsetzt, wenn wir uns mit Krisen und negativen Gedanken konfrontiert sehen. Einige dieser Strategien aber sind nicht geeignet und führen direkt in eine Depression. Andere wiederum führen an ihr vorbei – und die kannst du erlernen, um dir selbst zu helfen. Die effektivste Methode heißt Metakognitive Therapie.

Wenn ich meinen Patienten erzähle, dass sie die Verantwortung dafür übernehmen können, die Depression zu beseitigen, spüren viele von ihnen einen großen Druck. »Bin ich jetzt auch noch allein dafür verantwortlich, dass es mir wieder besser geht?«, fragen sie mich. Es ist vollkommen normal, dass man das am Anfang als schwierig empfindet. Aber mit der richtigen Hilfe findest du so den Weg aus der Depression. Du wirst in diesem Buch Natascha, Mette, Leif und Berit kennenlernen, die nach nur sechs bis zwölf Sitzungen Metakognitiver Therapie alle von ihrer Depression befreit waren.

Die Metakognitive Therapie räumt endlich mit den Überbleibseln der alten freudianischen Psychoanalyse auf, die der Ansicht war, dass eine Depression mit Gesprächen über die Ereignisse der Kindheit des Patienten behandelt werden muss. Wir gehen aber auch auf Konfrontationskurs mit der Kognitiven Therapie, die damit arbeitet, negative Überzeugungen in realistischere oder nuancierte Überzeugungen zu verwandeln.

Die Metakognitive Therapie leitet also einen bahnbrechenden Paradigmenwechsel innerhalb der Psychologie ein, weil sie sich weder mit der Kindheit beschäftigt noch dunkle Gedanken in hellere Versionen umwandeln will. Jetzt ist Schluss mit der Innenschau, um sich von seiner Depression zu befreien. Die Metakognitive Therapie baut nämlich darauf auf, sich *weniger* statt *mehr* mit seinen Gedanken und Gefühlen zu befassen, damit es einem besser geht.

Menschen, die zuvor mit anderen Therapieformen gearbeitet haben, erleben die Metakognitive Therapie verständlicherweise als »verkehrtherum«. Wenn wir eine Therapie machen, erwarten wir, dass wir unsere Probleme bearbeiten und uns mit unseren Gefühlen beschäftigen, damit es uns wieder besser geht. Die Metakognitive Therapie aber vertritt die grundlegende Ansicht, dass die Bearbeitung der eigenen Gedanken und Gefühle depressive Symptome erzeugt. Wenn wir stundenlang und täglich an unsere negativen Erlebnisse und Gefühle denken, über sie sprechen und sie analysieren oder uns zwingen, Lösungen und Antworten auf unsere emotionalen Fragen zu finden, riskieren wir es, uns in eine Depression zu grübeln. Und wenn die depressiven Symptome dann aufkommen, haben wir uns neuen Stoff besorgt, über den wir grübeln und spekulieren können – nämlich die Depression selbst. Und mit dem unaufhörlichen Analysieren und Bearbeiten halten wir sie in Gang.

Überraschende Forschungsergebnisse

Die Metakognitive Therapie hält gerade weltweit Einzug in die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit, weil diese Behandlungsform nachweislich bei Depressionen hilft. Sie ist so effektiv, dass sie vom englischen Gesundheitssystem als Methode zur Behandlung von generalisierten Angststörungen empfohlen wird, nachdem eine groß angelegte Studie fantastische Ergebnisse erbracht hat. Ich bin davon überzeugt, dass es eine ähnliche Empfehlung auch bald für die Behandlung von Depressionen geben wird.

Die Abhandlungen anderer Forscher und die vielversprechenden Ergebnisse der Psychologen, die mit der Metakognitiven Therapie gearbeitet haben, führten schließlich dazu, dass ich meine klinische Arbeit mit der Forschung verbinden wollte. Die Forschungsergebnisse des Psychologen und Professors an der University of Manchester Adrian Wells haben mich tief beeindruckt und inspiriert. Bis zu 80 Prozent seiner Patienten konnten sich mithilfe der Metakognitiven Therapie aus ihrer Depression befreien. Der Effekt seiner Therapie war folglich markant höher als alle anderen therapeutischen Ansätze, darunter auch die Kognitive Therapie. Die vorliegenden positiven Ergebnisse basieren aber auf Einzelfällen, und ich war neugierig, ob sich Ähnliches auch bei einer breiteren Zielgruppe ergeben würde. Also schrieb ich Wells an, um mich bei ihm für ein Promotionsprojekt vorzustellen. Wir besprachen, dass ich eine Reihe von sogenannten Wirksamkeitsstudien an jenen Probanden vornehmen sollte, die in meine Praxis kamen und um Hilfe baten. Ich sollte also den direkten, unmittelbaren Effekt der Therapie untersuchen.

Zuallererst verschaffte ich mir einen Überblick über die vorhandenen Forschungsergebnisse, die sich mit dem Effekt einer therapeutischen Behandlung bei Depressionen beschäftigen. Daraus ging hervor, dass circa 50 Prozent aller Teilnehmer dieser Studien nach Anwendung einer Kognitiven Therapie oder einer anderen Therapiemethode depressionsfrei waren. Dies waren Ansätze, die den Fokus auf die Gedanken des Patienten, seine aktuellen Lebensumstände und Beziehungen zu anderen Menschen setzten. 50 Prozent ist aber kein so beeindruckendes Resultat.

Als Nächstes untersuchte ich, ob sich die beeindruckenden Ergebnisse von Wells' Studie, bei der 80 Prozent seiner englischen Patienten nach wenigen Sitzungen Metakognitiver Therapie ihre Depressionen überwunden hatten, auch auf meine dänischen Landsleute übertragen ließen. Ich führte zunächst eine Studie an Einzelpersonen durch. Drei Wochen vor Therapiebeginn überprüfte ich den Depressionsgrad der potenziellen Teilnehmer genauestens, um nicht fälschlicherweise einen Effekt zu messen, der ohnehin gekommen wäre, weil ausreichend Zeit verstrichen war. Gemeinsam mit einem Kollegen habe ich dann vier dänischen Teilnehmern, die an einer Depression litten, eine Metakognitive Therapie unter der Supervision von Adrian Wells angeboten.

Alle vier Patienten waren bei Therapiebeginn schwer depressiv. Drei von ihnen waren nach fünf bis elf Sitzungen depressionsfrei, einer von ihnen litt danach noch an einer mittelschweren Depression. Sechs Monate später gaben alle vier an, keine Depression mehr zu haben: Der Effekt war also anhaltend.

Diese Ergebnisse waren beeindruckend und wurden in der Fachzeitschrift *Scandinavian Journal of Psychology* veröffentlicht.

Danach habe ich über eine Zeitspanne von sechs Jahren eine groß angelegte Studie mit 153 dänischen Patienten durchgeführt, die alle an Depressionen litten. Ich habe sie in zwei zufällig zusammengestellte Gruppen eingeteilt – die eine Gruppe erhielt eine Kognitive Therapie, die andere eine Metakognitive Therapie. Das Ergebnis der Studie ließ keinen Zweifel daran, dass die Metakognitive Therapie einen signifikant besseren Effekt hatte, sowohl auf kurze als auch auf lange Sicht. Parallel zu meiner Forschungsstudie hat eine Gruppe von norwegischen Forschern unter der Leitung des Psychologen Roger Hansen den Effekt von Metakognitiver Therapie an 39 norwegischen Patienten untersucht, die alle an Depressionen litten. Auch hier waren die Ergebnisse beeindruckend. Zwischen 70 und 80 Prozent der Teilnehmer waren danach geheilt, und auch bei einer Follow-up-Studie sechs Monate nach Abschluss der Behandlung hatte sich diese Zahl nicht geändert. Die Ergebnisse dieser Studien dokumentieren, dass die Metakognitive Therapie den bisher größten Effekt bei der Behandlung von Depressionen hat.

Machst du gerade eine Therapie?

Wenn du gerade eine kognitive oder eine andere Form von Therapie machst und diese auch fortsetzen möchtest, würde ich dir empfehlen, nicht gleichzeitig eine Metakognitive Therapie zu beginnen, weil beide Methoden ihre Effekte gegenseitig aufheben könnten. Die Metakognitive Therapie wirkt am besten pur.

Unsere Psyche reguliert sich selbst

Therapeuten waren, wie ich schon gesagt habe, seit Generationen der Ansicht, dass wir von einer Depression oder einem anderen psychischen Leiden von außen befallen werden, wenn uns das Leben verletzt. Deshalb ging es bei den Behandlungsmethoden darum, die Traumata und schlechten Erlebnisse aufzuarbeiten, weil die sich sonst in der Psyche des Menschen anhäufen. Es erzeugte darum ein vernehmliches Echo im Kreis der Therapeuten, als Adrian Wells und sein Kollege Gerald Matthews nach vielen Jahren intensiver Forschungsarbeit in den frühen 90er-Jahren ein neues Modell des menschlichen Geistes präsentierten. Sie belegten, dass sich die menschliche Psyche selbst regulieren kann: Unser Körper verfügt über Selbstheilungskräfte und das gilt auch für unsere Psyche.

Der menschliche Körper besitzt die Fähigkeit, Haut und Knochen nach Verletzungen und Brüchen zu heilen. Wir alle haben in unserer Kindheit die Erfahrung gemacht, dass die Schürfwunde am Knie nach dem Sturz mit dem Fahrrad nicht bis ans Ende unseres Lebens bluten wird. Auf wundersame Weise heilt sie, ohne dass wir irgendetwas Nennenswertes dafür tun müssen – und verhältnismäßig schnell geht es auch. Wenn wir die Wunde aber nicht in Ruhe lassen, kann sie nicht heilen. Wir riskieren dadurch sogar, dass es schlimmer wird, sie sich infiziert oder vernarbt.

Das Gleiche geschieht mit unserer Psyche, wie die Forschungsergebnisse von Wells und Matthews gezeigt haben. In der Phase nach einem unangenehmen oder schmerzlichen Ereignis, wie

einer Scheidung, einem Unfall oder einer Kündigung, wollen unsere Gedanken sich natürlich nur damit beschäftigen. Das Ereignis taucht immer wieder in unserem Bewusstsein auf, in Form von Gedanken und Bildern, mehrmals am Tag. Es ist ganz natürlich, dass diese Gedanken negativ sind und von Schmerz, Trauer, Angst, Niedergeschlagenheit, Enttäuschung und vielleicht sogar Wut beherrscht werden. Unmittelbar nach dem Ereignis wird die Psyche bluten, brennen und wehtun – so wie das Knie nach dem Sturz, wenn die Haut abgeschabt ist. So wie das Knie von alleine heilt, wenn wir die Wunde in Ruhe lassen und nicht an ihr rühren, wird auch unser Geist heilen, wenn wir vermeiden, dass die negativen Gefühle Raum gewinnen, indem wir grübeln. Gedanken, Bilder und Impulse streifen uns nur einen kurzen Augenblick lang, aber sie verschwinden auch wieder, wenn wir sie nicht festhalten, sie weder unterdrücken noch versuchen, sie zu bearbeiten. Dann sammeln sie sich auch nicht in unserem mentalen Rucksack an, sondern ziehen weiter wie Sandkörner, die durch ein Sieb rieseln.

Dieses neue Verständnis der menschlichen Psyche räumt auf mit der bisherigen Auffassung, woher eine Depression kommt. Denn wenn unsere Psyche also Selbstheilungskräfte hat, warum werden einige Menschen nach einer Lebenskrise depressiv und andere nicht?

Arbeit auf drei Ebenen

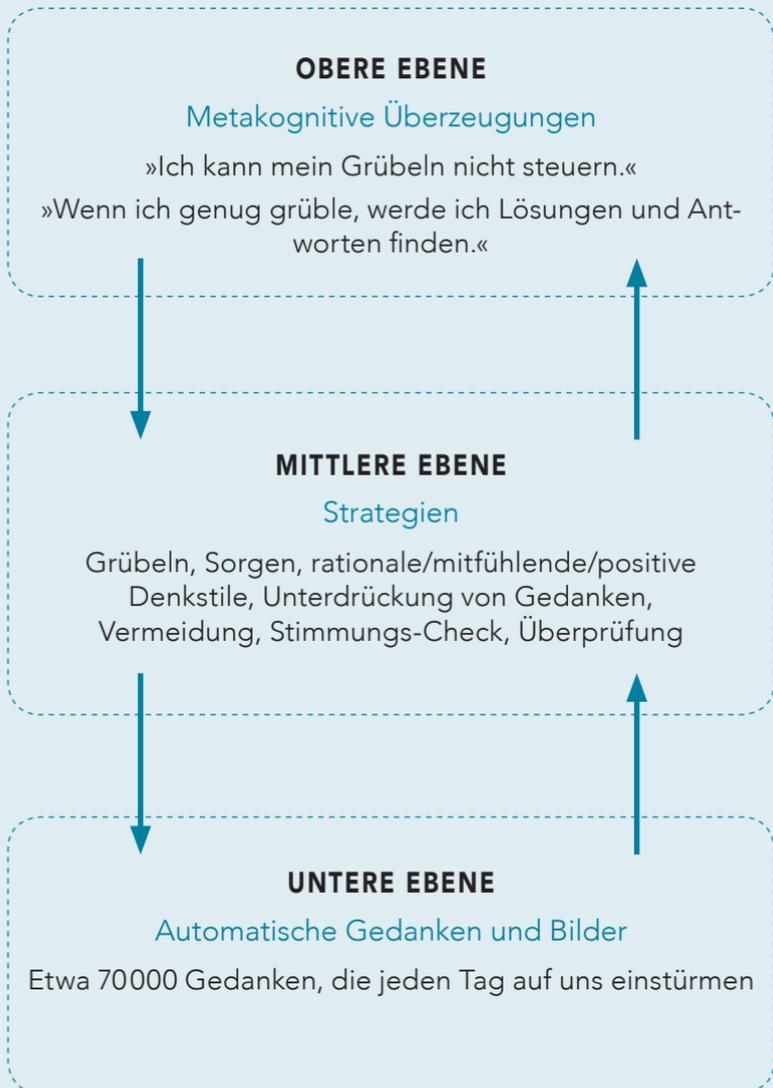
Wells stellte die weitverbreitete Auffassung infrage, dass unbearbeitete negative Erlebnisse eine Depression auslösen. Wells' Ansatz war: Alle Menschen haben zwischendurch negative Gedanken, aber nicht alle entwickeln ein psychisches Leiden. Darum stellten Wells und Matthews sich die Frage: Wenn negative Erlebnisse und negative Gedanken nicht zwangsläufig bei allen, die sie haben, zu einer Depression führen – was verursacht diese dann? Welche Faktoren sind entscheidend, um einen Menschen depressiv werden zu lassen?

Aus ihren Forschungsergebnissen entwickelten sie ein Modell des menschlichen Geistes. Das sogenannte *S-REF-Modell*, ein Selbstregulierungs- und Funktionsmodell psychischer Leiden (*Self-Regulatory Executive Function model of emotional disorder*). Es zeigt, dass unser Geist auf drei Ebenen operiert, die miteinander interagieren:

1. Die erste, untere Ebene wird konstant von Impulsen, Gedanken und Gefühlen bestürmt. Wenn wir diese nicht weiter beachten, ziehen sie von allein wieder weiter und verschwinden.
2. Auf der mittleren, kontrollierten Ebene entscheiden wir uns für Strategien, wie wir mit unseren Gedanken umgehen.
3. Auf der dritten, oberen Ebene befindet sich der Fundus unseres metakognitiven Wissens und unserer Überzeugungen, welche Strategien funktional sind.

SO FUNKTIONIERT DIE PSYCHE

Vereinfachtes und angepasstes S-REF-Modell nach Wells und Matthews von 1994



1. Untere Ebene: Automatische Gedanken und Bilder

Auf dieser Ebene werden wir tagtäglich von Impulsen, Gedanken, Bildern, Wahrnehmungen, Erinnerungen und Überzeugungen bestürmt, denn unser Gehirn kann davon Tausende produzieren. Wir können nicht beeinflussen, dass diese Gedanken, Assoziationen und Impulse kommen. Sie sind natürlich und verständlich und entstehen unterbewusst aufgrund von Erlebnissen und Erfahrungen – sowohl guten als auch weniger guten. Wenn du zum Beispiel von einem Menschen enttäuscht und verletzt worden bist, den du sehr geliebt hast, ist es ganz natürlich, dass du nervös und verunsichert bist, wenn du eine neue Beziehung eingehen willst. Diese automatisierten Gedanken entstehen durch frühere Erlebnisse und sind ganz normal. Der *Umgang* mit diesen unfreiwilligen Gedanken und Gefühlen entscheidet über unsere Verfassung und unser Wohlbefinden. Welchen Umgang wir wählen, wird auf der nächsten Ebene, der mittleren Ebene, beschlossen.

2. Mittlere Ebene: Strategien

Auf dieser Ebene befinden sich unsere Strategien, mit denen wir den Gedanken und Gefühlen begegnen, die auf der untersten, unkontrollierbaren Ebene entstehen. Diese Strategien entscheiden, ob die Gedanken und Gefühle nur flüchtig sind und wieder vorbeiziehen oder ob sie in unserem Bewusstsein verharren und sich im Kreis drehen. Alle aktiven Strategien, wie Grübeln und Sich-Sorgen, halten die Gedankenströme in Gang. Den Impulsen aus der ersten, untersten Ebene begegnen wir mehr oder weniger bewusst, mit ausgewählten und

freiwilligen Strategien, die wir aus unserem metakognitiven Funduswissen über unsere Gedanken- und Gefühlswelt nehmen. Und dieses Wissen holen wir aus der oberen Ebene unseres Geistes. Wenn wir zum Beispiel spüren, dass wir die Lust am Job verloren haben, entscheiden wir uns vielleicht für eine Analyse der Umstände. Wir setzen dann unseren Intellekt ein, um unsere Voraussetzungen, Erlebnisse und Erfahrungen zu analysieren und dann eine Erklärung für das mangelnde Feuer zu finden. Wir würden untersuchen, was sich verändert hat. Ist es an der Zeit, sich einen neuen Job zu suchen? Sich einer vollkommen neuen Branche zuzuwenden? Eine Ausbildung zu beginnen?

Wenn man durch Nachdenken zu einer Lösung oder Entscheidung findet, ist alles gut, und du kommst weiter im Leben. Vielleicht aber kommen die guten analytischen Fähigkeiten zu kurz, wenn es um das Gefühlsleben geht. Und dann führt das Grübeln nur zu neuen Gedanken und Spekulationen, die täglich mehrere Stunden unserer Zeit in Anspruch nehmen: Kann ich mir eine Ausbildung überhaupt leisten? Muss ich dafür eine Hypothek aufnehmen? Können wir woanders hinziehen und uns verkleinern? Müssen die Kinder dann auf eine andere Schule gehen?

3. Obere Ebene: Metakognitive Überzeugungen

Auf der oberen Ebene, der metakognitiven Ebene, befinden sich die Annahmen, die wir von unseren Gedanken und Gedankenprozessen haben. Hier sind auch die Überzeugungen, nach denen wir greifen, wenn wir uns entscheiden müssen,

mit welcher Strategie wir unsere Impulse, Gedanken und Gefühle angehen wollen. Da wir jeden Tag Tausende von Gedanken haben, reicht die Zeit nicht immer, um sich um alle gleichermaßen zu kümmern. Wir treffen also eine Wahl, mit welchen Gedanken wir uns beschäftigen und welche wir vernachlässigen. Wenn wir beispielsweise eine Kündigung erhalten haben, scheint es einleuchtend, sich über die Ursachen der Kündigung Gedanken zu machen und zu grübeln. Warum bin ich gefeuert worden? Warum wollten sie mich loswerden? Wir gehen davon aus, dass uns das Grübeln hilft. Dass wir so eine Erklärung finden. Gleichzeitig fühlt es sich aber auch so an, als hätten wir gar keine Kontrolle darüber, ob wir grübeln oder nicht. Es scheint nicht in unserer Hand zu liegen, ob wir zwei oder zehn Stunden täglich mit dem Grübeln beschäftigt sind. Es ist unkontrollierbar. Unsere metakognitiven Überzeugungen bestimmen, ob wir uns dem Grübeln hingeben oder ob wir das Gefühl haben, selbst eine Entscheidung treffen zu können. Auf dieser oberen Ebene also befindet sich unser Wissen, unsere Überzeugung, dass wir den Umgang mit unseren Gedanken beeinflussen und unsere Strategien kontrollieren können, mit denen wir unseren Gedankenströmen begegnen.

Dieses S-REF-Modell will ich exemplarisch an der Geschichte einer Patientin veranschaulichen. Sie hatte gerade eine Scheidung hinter sich und kam zu mir in die Praxis, weil sie unter den vielen Konflikten mit ihrem Ex-Mann litt. Die beiden waren ununterbrochen im Streit darüber, bei wem die Kinder leben, wie

sie erzogen werden sollen und ob sie selbst bestimmen dürfen, wo sie die Feiertage verbringen wollen. Jeden Tag beschäftigte sie der Gedanke, ob es den Kindern bei ihrem Vater auch gut geht. Ob er sie gut behandelt. Und ob sie eine gute Mutter sein konnte, obwohl sie die Scheidung eingereicht hatte. Diese Gedanken entstanden auf der *ersten, der unteren Ebene* ihres Geistes als automatische Gedanken.

Die Frau verbrachte viel Zeit mit Grübeln. Jeden Tag nahm sie sich selbst das Versprechen ab, dass sie sich hinsetzen und Antworten auf ihre Fragen finden würde, wenn sie die Kinder ins Bett gebracht hatte. Sie würde sich gründlich Gedanken über alles machen und diese in ein Tagebuch schreiben. Dieses Grübeln und das Entwerfen von Strategien fand auf der *mittleren Ebene* ihres Geistes statt.

Sie war davon überzeugt, dass sie gar keinen Einfluss auf ihr Grübeln hatte. Sie grübelte und war sich nicht bewusst, ob sie das eine Stunde oder gar zehn Stunden am Tag beschäftigte. Sie war sich sicher, dass es ihr helfen würde, wenn sie nur lange dranblieb. Ihr Grübeln fühlte sich nützlich an. Sie beschäftigte sich mit den Gedanken in der Hoffnung, dass sie dann weniger schmerzvoll werden und womöglich eines Tages ganz verschwinden würden. Außerdem hoffte sie, auf diesem Weg zu dem Schluss kommen zu können, dass sie doch eine gute Mutter sei. Diese metakognitive Überzeugung, dass Grübeln unkontrollierbar und nützlich zugleich ist, ist auf der *oberen Ebene* ihrer Psyche zu verorten.

Unsere Metakognition weiß es am besten

Wir alle kennen dieses Beispiel für eine metakognitive Erfahrung, das »Hinterkopf-Phänomen«, das auftritt, wenn wir ein Kreuzworträtsel lösen und das Wort für »Grüner Schmuckstein« finden sollen. »Ah, wie heißt der noch gleich? Ich weiß es, aber es fällt mir nicht ein.« Wir wissen, dass wir es wissen. Aber aus irgendeinem Grund können wir dieses Wissen nicht aus dem Geheimgfach in unsere Erinnerung holen. Woher wissen wir, dass wir die Antwort kennen, ohne sie nennen zu können? Das liegt daran, dass unser Gehirn, beziehungsweise unsere Metakognition den Überblick über unser Wissen hat – auch, wenn wir keinen unmittelbaren Zugriff darauf haben. Unsere mittlere Ebene entscheidet, welche Strategie wir wählen, um dieses Wissen hervorzuholen.

Einige setzen die Konzentrationsstrategie ein. Sie versuchen, das verborgene Wissen aus der Erinnerung auszugraben, indem sie ihre ganze Energie darauf verwenden, den Namen des grünen Schmucksteins zu ermitteln. Andere verwenden strukturiertere Strategien und gehen beispielsweise alphabetisch vor, um auf den richtigen Namen zu stoßen. Fängt der mit A an? Mit B? Die effektivste Strategie ist jedoch meistens, so wenig wie möglich zu unternehmen und die Frage einfach liegen zu lassen. Dann kann unser System selbst in seine Archive tauchen und die Antwort hervorholen. Und einige Zeit später fällt es einem schlagartig wieder ein: »Jade! Jade ist der grüne Schmuckstein!«

Der Punkt ist, dass die meisten Antworten und Lösungen auf unsere Fragen nicht auftauchen, weil wir grübeln. Unsere Metakognition erledigt die Arbeit für uns. Ganz von selbst.

Zu viel Analyse kann depressiv machen

Die meisten von uns haben die Tendenz, sich den Kopf zu zerbrechen, um Probleme zu lösen. Wir glauben, dass wir die Antworten mithilfe unserer psychologischen Funktionen und Gedankenprozesse, unserer Kognition, herauspressen können. Allerdings ist die effektivste Strategie, wenn wir uns an etwas erinnern und unser Wissen einsetzen wollen, so wenig wie möglich zu tun. Entweder kommen die Antworten von ganz allein, oder die Fragen ziehen weiter und geraten in Vergessenheit, weil sie wohl doch nicht so wichtig waren.

Nicht die Menge an unangenehmen Erlebnissen und negativen Gedanken führen zu einer Depression. Wells und Matthews fanden stattdessen heraus, dass die Hauptursache aller psychischen Leiden, darunter auch Depressionen, ein Syndrom ist, das sie *The Cognitive Attentional Syndrome* nannten, was auf Deutsch übertragen als kognitives Aufmerksamkeitssyndrom bezeichnet werden könnte.

Damit hatten sie auch die Antwort auf ihre Eingangsfrage gefunden: Wenn sich der Geist selbst heilen kann, warum bekommen einige Menschen nach einer Lebenskrise eine Depression und andere nicht? Die Antwort liegt in der Menge an Aufmerksamkeit begründet, die wir unseren Gedanken und Problemen und Lebenskrisen geben. Wir grübeln uns quasi in eine Depression.

Das kognitive Aufmerksamkeitssyndrom (*Cognitive Attentional Syndrome*, im Folgenden CAS) ist kein Syndrom im klassischen

Verständnis, weil es nicht eine Ansammlung von Symptomen ist, was ein Syndrom per Definition ausmacht. In diesem Fall ist das Syndrom ein Sammelbegriff für vier grundlegende Strategien oder Verhaltensweisen, die im übertriebenen Gebrauch unsere negativen Gedanken und Gefühle verstärken und in Konsequenz zu einer Depression oder anderen psychischen Leiden führen können. Diese vier Strategien sind:

- Grübeln
- Sich-Sorgen
- Stimmungs-Check
- Ungeeignete Bewältigungsansätze (Vermeidung von Situationen, Gedankenunterdrückung, übertriebener Einsatz von Schlaf, Alkohol oder Ähnlichem)

Es ist unumgänglich, dass wir ab und zu von dunklen und negativen Gedanken getroffen werden, über die wir eine Weile grübeln oder uns Sorgen machen. Das ist ganz natürlich und überhaupt kein Problem. Erst wenn wir unsere ganze Aufmerksamkeit auf diese negativen Gedanken lenken, riskieren wir, traurig zu werden und eine Depression hervorzurufen.

Menschen, die ein psychisches Leiden haben, vereint, dass sie (mindestens) eine dieser vier Strategien übertrieben einsetzen: stundenlanges tägliches Grübeln, anhaltendes Sich-Sorgen, ständige Stimmungsüberprüfung oder die Tendenz, die Gedanken durch Schlaf oder beispielsweise Alkohol zu betäuben. Übertriebenen Einsatz einer dieser Strategien sieht man

bei allen Menschen mit einem psychischen Leiden, welche aber vermehrt angewandt wird, ist von Leiden zu Leiden unterschiedlich. Menschen mit einer Depression neigen zum Beispiel viel stärker zum Grübeln, Menschen mit einer Angststörung machen sich mehr Sorgen.

Heißt das im Umkehrschluss, dass ich selbst daran schuld bin, wenn ich eine Depression bekomme? Weil ich die Tendenz habe, zu viel Gedanken zu wälzen und zu spekulieren? Nein, natürlich nicht. Kein Mensch soll sich schuldig fühlen, wenn er psychisches Leid hat. Niemand rutscht absichtlich durch sein Grübeln ins Dunkel einer Depression.

Wir alle haben unsere Methoden, mit Gedanken und Gefühlen umzugehen. Die meisten von uns entwickelten schon in der Kindheit und Jugend Strategien dafür. Vereinfacht kann man sagen, dass es zwei Wege gibt, um sich Strategien anzueignen:

1. Wir kopieren unsere Eltern oder andere Menschen, zu denen wir aufschauen, oder wir tun das, was uns diese Menschen sagen. Wenn unsere Eltern uns mitgegeben haben, dass es wichtig ist, sich beispielsweise bei der Wahl eines Partners oder eines Ausbildungsplatzes gründlich Gedanken zu machen, werden einige von uns diese Botschaft wörtlich nehmen und die meiste Zeit ihres Lebens damit verbringen, sich massiv darüber Gedanken zu machen.
2. Wir lernen, indem wir die Reaktionen der anderen beobachten und sehen, was positiv wirkt. Wenn wir zum Beispiel in der Schulzeit dafür belohnt wurden, dass wir besonders ana-

lytisch waren, werden wir in Zukunft dieses Verhalten verstärkt einsetzen.

Wir können aber auch neue Strategien erlernen, durch eine Therapie zum Beispiel. Die Metakognitive Therapie hilft uns dabei, unsere ungeeigneten Strategien aufzuspüren und durch geeignete zu ersetzen.

Diese vier grundlegenden Strategien des CAS haben alle das Ziel, Probleme zu lösen, die Kontrolle zurückzugewinnen oder auf andere Weise mit den Umständen in unserem Leben zurechtzukommen. Alle Menschen benutzen diese Strategien, und darum sind sie grundsätzlich auch nicht schädlich für uns. Denn wenn wir nach einer Kündigung ins Grübeln geraten, können wir das auch Reflexion nennen – wir reflektieren darüber, warum ausgerechnet wir rausgeworfen wurden. Haben wir doch etwas falsch gemacht? Wenn wir uns nach einer Scheidung viele Gedanken um die Kinder machen, dann nennen wir das Fürsorge. Wenn wir nachspüren, wie es uns geht, und deshalb nach einer Scheidung viel auf dem Sofa liegen, dann nennen wir das Selbstfürsorge. Und daran ist auch nichts verkehrt.

Es ist ganz normal, auch mal traurig zu sein

Negative Gedanken und Traurigkeit sind etwas vollkommen Normales und führen nicht automatisch zu einer Depression. Nur wenn wir an den Gedanken über diese Traurigkeit zu lange festhalten, uns also andauernd damit beschäftigen und regelrecht in Grübelschleifen geraten, riskieren wir, depressive Symptome zu

entwickeln. Den ärztlichen Richtlinien zufolge muss man mindestens zwei Wochen lang an einer bestimmten Anzahl von Symptomen leiden, bevor man eine solche Diagnose bekommt. Und wenn es einen Traueranlass gab, wie zum Beispiel einen Todesfall im engsten Familienkreis, dann müssen diese Symptome sogar mindestens zwei Monate lang auftreten, bevor die Diagnose einer Depression gestellt wird.

Ein Problem entsteht auch erst dann, wenn wir daran glauben, dass diese Strategien notwendig sind und wir sie weder beeinflussen noch einschränken können. Die Dauer, die wir für das Nachdenken verwenden, entscheidet darüber, ob es eine nützliche Selbstanalyse ist, ob es zum Überanalysieren kommt oder ob es womöglich in eine Depression führt. Es ist ein elementarer Unterschied, ob ich meine Gedanken und Gefühle einmal am Tag analysiere oder zehn bis zwölf Stunden täglich fürs Grübeln und Spekulieren verwende.

Wäre es dann nicht besser, das Grübeln ganz zu lassen, sich keine Sorgen mehr zu machen, seinen Stimmungen keine Beachtung zu schenken und an schlechten Tagen das Sofa zu meiden? Nein, das wäre auch nicht die Lösung. Natürlich müssen wir über die Dinge nachdenken und auch mal eine Innenschau machen, um Probleme zu lösen. Aber wir sollten nicht den ganzen Tag damit verbringen.

Das Ausmaß des CAS kann man sehr gut an einem Fallbeispiel von zwei Männern ablesen, die in einer Kündigungswelle beide ihren Arbeitsplatz verloren und sich gegenseitig Halt gaben. Sie empfanden beide die Kündigung als beschämend und

waren voller negativer Gedanken und Gefühle: »Warum bin ausgerechnet ich gefeuert worden? Werde ich jemals wieder einen neuen Job finden?« Die Ehepartner der Männer waren verständnisvoll und mitfühlend, und die beiden fanden viel Trost im Kreis ihrer Familien, obwohl sie sehr unter dem Gefühl litten, ihre Frauen und Kinder im Stich zu lassen, weil sie kein Einkommen mehr hatten.

Kurz darauf aber begann sich das Verhalten der Männer grundlegend zu unterscheiden. Der eine erkannte, dass ihn seine Grübelschleifen nur im Sumpf der schlechten Stimmung gefangen hielten. Er fand, dass er es sich und seiner Familie schuldig war, wieder Boden unter die Füße zu bekommen. Der andere hingegen sah keine andere Möglichkeit, als zu grübeln, um Antworten auf seine Fragen zu finden. Aber das Grübeln nahm überhand und erzeugte nur eine Reihe von neuen Fragen, die er erneut durch Grübeln zu ergründen suchte: »Habe ich jetzt auch noch vollkommen die Kontrolle über meine Gedanken verloren? Was ist denn nur falsch mit mir?«

Es ist wahrscheinlich unnötig zu erwähnen, dass sich der erste der beiden weiterbewegte und einen neuen Job fand. Der andere aber rutschte in eine Depression ab und bekam Antidepressiva verschrieben. Der einzige Unterschied zwischen den beiden war die Zeitdauer, die sie mit dem Grübeln über ihre Situation verbracht hatten.

Ich will im Folgenden die vier Elemente des CAS im Einzelnen ansprechen: