



Kindermann

THERAPIE-TOOLS



Grübeln



 Online-Material auf psychotherapie.tools



BELTZ



Dr. Nicole Kindermann, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis in Ingolstadt. Supervisorin und Dozentin u. a. zu den Themen Essstörungen, Pathologisches Grübeln, Achtsamkeit.

Dr. Nicole Kindermann
Apianstraße 14
85051 Ingolstadt
info@praxis-dr-kindermann.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29128-6 Print
ISBN 978-3-621-29129-3 E-Book (PDF)

1. Auflage 2025
© 2025 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Franziska Rohde
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	10
Einleitung	11
1 Psychoedukation: Wissenswertes über repetitives negatives Denken	15
2 Funktionsanalyse: Ursachen von Rumination	52
3 Aufmerksamkeitsfokussierte Techniken: Den Scheinwerfer lenken können	75
4 Achtsamkeitsfokussierte Techniken: Dem Hier und Jetzt mehr Raum geben	95
5 Defusionsfokussierte Techniken: Die Verschmelzung lösen	113
6 Inhaltsfokussierte Techniken: Nicht alles glauben und einen neuen Denkstil entwickeln	123
7 Emotionsfokussierte Techniken: Gefühle willkommen heißen	159
8 Verhaltensfokussierte Techniken: Machen statt Denken	173
9 Techniken für Metakognitionen: Die Software neu programmieren	199
10 Rezidivprophylaxe: Grübelst du noch oder lebst du schon?	216
Literatur	223
Bildnachweis	226

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Psychoedukation: Wissenswertes über repetitives negatives Denken

INFO 1	Was ist repetitives negatives Denken (RND)?	17
INFO 2	Grübeln (Rumination) und seine negativen Folgen	21
INFO 3	Das Therapierational der »ungünstigen Gewohnheit«	24
INFO 4	Repetitives negatives Denken bei verschiedenen psychischen Störungen	27
INFO 5	Grübeln: Gedankenkaugummi	29
AB 1	Haben Sie sich einen schlechten Denkstil angewöhnt?	30
INFO 6	Impact-Technik: Sich aus der Verstrickung lösen und den »roten Faden« wiederfinden	32
AB 2	Rumination erkennen: Die 3-Fragen-Daumenregel	34
INFO 7	Rumination erkennen: Offenes Grübeln in der Therapiestunde	36
INFO 8	Rumination erkennen: Verdecktes Grübeln in der Therapiestunde	38
INFO 9	Wenn Rumination in der Therapiestunde auftritt: Interventionen	39
AB 3	Der Münztrick: Offenes Grübeln in der Therapiestunde unterbinden	40
INFO 10	In drei Schritten zur passenden Intervention	41
AB 4	Funktionsanalyse: Situative Verhaltensanalyse (Mikroanalyse)	42
AB 5	Funktionsanalyse: Makroanalyse	44
AB 6	Situative Verhaltensanalyse: Fragen	46
AB 7	Behandlungsplan	47
INFO 11	Was ist eigentlich das Problem?!	49
AB 8	Therapietracker	51

2 Funktionsanalyse: Ursachen von Rumination

INFO 12	Ursachen für repetitives negatives Denken	54
INFO 13	Aufrechterhaltungsmodell: Circulus vitiosus der Rumination	58
AB 9	Der Teufelskreis des Grübelns	60
AB 10	Dem Grübeln auf die Spur kommen	61
INFO 14	Frühwarnzeichen und Auslöser für Rumination	63
AB 11	Achtung! Achtung! Warnsignale für das Grübeln	64
AB 12	Es geht schon wieder los! – Startsignale für das Grübeln	65
AB 13	Die Folgen von übermäßigem Grübeln (Kosten-Nutzen-Analyse)	66
INFO 15	Dysfunktionale mentale Strategien im Umgang mit Rumination	67
AB 14	Gedankenexperiment: Das wilde Huhn im Therapiezimmer	69
AB 15	Erfahrungen mit meinen »wildem Hühnern«: Ab in den Käfig oder Freilandhaltung?	71
INFO 16	Dysfunktionale behaviorale Strategien im Umgang mit Rumination	72
AB 16	Meine Strategien zur Kontrolle negativer Gedanken	73
INFO 17	Grübeln geht auch zu zweit!	74

3 Aufmerksamkeitsfokussierte Techniken: Den Scheinwerfer lenken können

INFO 18	Die Bedeutung von Aufmerksamkeitsprozessen	77
INFO 19	Aufmerksamkeitstraining	79
AB 17	Instruktion zum Aufmerksamkeitsstraining	81
INFO 20	Tipps und Hinweise zum Aufmerksamkeitsstraining	83

INFO 21	Ablenkung: Vermeidung oder Skill?	84
AB 18	Bügeln statt Grübeln?!	85
INFO 22	Flow-Aktivitäten	88
INFO 23	Grübeln mit Werten begegnen	91
AB 19	Anti-Grübel-Skill: Selbstinstruktionstraining	92
INFO 24	Aufmerksamkeit auf positive Aspekte lenken: Das Positiv-Tagebuch	93

4 Achtsamkeitsfokussierte Techniken: Dem Hier und Jetzt mehr Raum geben

INFO 25	Glücklich ist, wer vergisst, was nicht in der Gegenwart ist	97
INFO 26	Was ist Achtsamkeit?	98
AB 20	Die Wie- und Was-Fertigkeiten der Achtsamkeit	99
AB 21	Anti-Grübel-Skill: 5-4-3-2-1-Übung	102
AB 22	Anti-Grübel-Skill: Kleine Auszeit	103
AB 23	Von Handys und Zügen: Losgelöste Achtsamkeit vermitteln	104
INFO 27	Ein Löwe ist nur ein Substantiv	105
AB 24	Losgelöste Achtsamkeit erleben	107
AB 25	Anti-Grübel-Skill: Losgelöste Achtsamkeit im Alltag	109
INFO 28	Anti-Grübel-Skill: Radikale Akzeptanz	110

5 Defusionsfokussierte Techniken: Die Verschmelzung lösen

INFO 29	Ent-strickt? Ent-schmolzen?! – Konfusion über Defusion	114
INFO 30	Defusionstechniken	115
INFO 31	Wissenswertes über unsere Gedanken	117
INFO 32	Noch mehr Defusionstechniken	118
AB 26	Defusion üben: Umgang mit Spam-Gedanken	119
INFO 33	Defusion mit Stimmenanteilen: Die Hayley-Morris-Technik	120
AB 27	Mein Gehirn ist ein Arschloch!	121

6 Inhaltsfokussierte Techniken: Nicht alles glauben und einen neuen Denkstil entwickeln

INFO 34	Von der kognitiven zur metakognitiven Wende	126
INFO 35	Der schlechteste Zaubertrick der Welt	128
INFO 36	Gute Nachricht: Auch unser Gehirn kann Fake News	129
AB 28	Mit Superfragen Grübeln stoppen	132
AB 29	Fiese Tricks unseres Gehirns: Emotionale Beweisführung	133
INFO 37	Konkretes Denken fördern	134
AB 30	Anti-Grübel-Skill: Wie statt warum	136
INFO 38	Spezifische Grübelthemen: »Es macht mich so depressiv, dass ich depressiv bin ...«	137
INFO 39	Sozial-vergleichendes Grübeln	138
INFO 40	Ich-hätte-es-wissen-müssen-Grübeln	140
INFO 41	Perfektionismus und Rumination	141
INFO 42	Holen Sie das Beste aus Ihrem Perfektionismus heraus!	142
AB 31	Liebe kritische Stimme: Hier spricht die freundliche Stimme!	144
AB 32	Anti-Grübel-Skills: Selbstmitgefühl und Selbstfürsorge	145
AB 33	Liebevolle-Güte-Meditation	146
INFO 43	Anti-Grübel-Skill: Growth Mindset	147

INFO 44	Selbstwirksamkeit fördern: Lebenslinie der bewältigten Herausforderungen	150
AB 34	Anti-Grübel-Skill: Schriftliches Entscheiden	151
INFO 45	Rumination infolge von Krisen	152
INFO 46	Rumination im Zusammenhang mit der Klimakrise	154
INFO 47	Anti-Grübel-Skill: Vergebung	155
INFO 48	Anti-Grübel-Skill: Weisheit	157

7 Emotionsfokussierte Techniken: Gefühle willkommen heißen

INFO 49	Emotionsexposition	161
INFO 50	Spezifische Grübelthemen und ihre Modifikation: Emotionen	162
INFO 51	Was Sie über Emotionen wissen sollten	163
INFO 52	Positive Emotionen aktivieren	164
AB 35	Power-on: Wie Sie zehn positive Emotionen in Ihrem Leben aktivieren können	168
INFO 53	Achtung Fallstricke! Vier Dinge, die positive Emotionen vertreiben oder verhindern	170
INFO 54	Euthymes Erleben fördern	171
INFO 55	Anti-Grübel-Skill: Wise Mind	172

8 Verhaltensfokussierte Techniken: Machen statt Denken

INFO 56	Anti-Grübel-Skill: Richtig Ziele setzen	175
AB 36	Ziele setzen: Wohin soll die Reise gehen?	178
INFO 57	Anti-Grübel-Skill: Problemlösetraining	179
AB 37	Fünf Schritte zur Problemlösung	181
INFO 58	Kontingenzpläne (Wenn-dann-Pläne)	182
AB 38	Wenn-dann-Pläne	184
INFO 59	Anti-Grübel-Skill: Aufbau einer ausgewogenen Tagesstruktur	185
AB 39	Mein Wochenplan	186
INFO 60	Entspannung to go: Angewandte Entspannung	187
AB 40	Immer schön locker bleiben!	189
INFO 61	Die guten alten Basics der Verhaltenstherapie: Stimuluskontrolltechniken	191
AB 41	Daten Sie Ihre Grübeleien!	194
INFO 62	Rumination bei Schlafstörungen	195
INFO 63	Schwarzsehen ist besonders leicht, wenn es dunkel ist	196
INFO 64	Soziale Kompetenz als Antwort auf Rumination	197

9 Techniken für Metakognitionen: Die Software neu programmieren

INFO 65	Metakognitionen: Das Denken über das Denken	201
INFO 66	Metakognitionen explorieren und identifizieren: Tipps und Beispiele	203
INFO 67	Metakognitionen treiben das Grübeln an	206
INFO 68	Modifikation von Metakognitionen mit dem Thema »Grübeln als Hilfe zur Problembewältigung«	207
INFO 69	Modifikation von Metakognitionen mit dem Thema »Grübeln zum Erkenntnisgewinn«	209
INFO 70	Modifikation von Metakognitionen mit dem Thema »Kontrollverlust über das Grübeln«	211
INFO 71	Modifikation von Metakognitionen mit dem Thema »Grübeln schadet«	212
INFO 72	Modifikation von Metakognitionen mit dem Thema »Grübeln, um Negatives zu verhindern«	213
INFO 73	Modifikation von weiteren Annahmen	214

10 Rezidivprophylaxe: Grübelst du noch oder lebst du schon?

INFO 74	Evaluation des Therapieerfolgs	218
INFO 75	Neue metakognitive Pläne	219
AB 42	Meine Dos und Don'ts	220
AB 43	Screenshot aus der Therapie	221
AB 44	Rückfällen vorbeugen und sie bewältigen	222

Vorwort

Wie unser Denken zu einem erfüllten und sinnstiftenden Leben beiträgt oder aber genau das Gegenteil bewirkt und Menschen ins Unglück stürzt, ist eine nicht nur spannende, sondern wesentliche Frage unserer menschlichen Existenz. Die klassische Kognitive Verhaltenstherapie konzentrierte sich in der Beantwortung dieser Frage stark auf den Inhalt unseres Denkens. Folglich stand das Erkennen von irrationalen Gedanken und deren inhaltliche Umstrukturierung im Fokus von Psychotherapie. Viele Patient:innen profitieren in der Kognitiven Verhaltenstherapie davon, neue Sichtweisen auf sich, andere und das Leben generell zu entwickeln. In der therapeutischen Praxis zeigt sich jedoch auch, dass vielen Patient:innen hierdurch nicht hinreichend, nicht anhaltend oder auch gar nicht geholfen werden kann. Viele Therapeut:innen kennen von Patient:innen folgenden Satz: »Ich weiß, dass es nicht vernünftig ist zu denken, ich sei unfähig ... aber ich fühle mich so!« Müssen diese Patient:innen einfach die rationalen Gedanken mehr einüben? Haben sie nicht genug Veränderungsmotivation? Oder ist ihr »Krankheitsgewinn« zu groß?

Was wäre, wenn es nicht an den Patient:innen läge, sondern einfach nur die therapeutischen Interventionen ungeeignet wären, das psychische Leiden dieser Patient:innen zu verändern? Was wäre, wenn die Definition, was das Problem dieser Patient:innen ist, unzutreffend wäre? Wenn eben nicht der negative Inhalt des Denkens das Problem wäre, sondern die Art und Weise des Denkens an sich? Was wäre, wenn das tatsächliche Problem dieser Patient:innen wäre, dass sie sich einen maladaptiven Denkstil, nämlich Grübeln, angewöhnt hätten? Und wie würde es sich dann auswirken, wenn Grübeln stärker Fokus therapeutischer Interventionen würde?

In der Arbeit mit Patient:innen erlebte ich eben diesen Ansatzpunkt, ungünstige Denkstile wie Grübeln und Sich-Sorgen zu modifizieren, als wahrhaften »Gamechanger« in der Psychotherapie. Daher soll das vorliegende Buch interessierten Psychotherapeut:innen Grübeln als pathologischen Kernprozess bei zahlreichen psychischen Erkrankungen näherbringen. Zudem soll es einen vielfältig ausgestatteten Werkzeugkoffer zur Modifikation von Grübeln zur Verfügung stellen. Ein gut bestückter Werkzeugkoffer erweitert die Sicht auf Probleme und bewahrt vor einseitigen Sichtweisen, etwa jedes Problem mit »positivem Denken« lösen zu wollen. In pointierter Weise drückte das der Psychologe Abraham Maslow (1966, S. 15) aus: »I suppose it is tempting, if the only tool you have is a hammer, to treat everything as if it were a nail.«

Das aktuelle Buch veranschaulicht nicht nur Interventionen aus der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie, sondern auch aus ihren Weiterentwicklungen im Rahmen der sogenannten »Dritten Welle« (z. B. Metakognitive Therapie, Akzeptanz- und Commitmenttherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Compassion Focused Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy). Dabei zu beachten ist, dass sich Psychotherapie kontinuierlich weiterentwickelt, so dass die Angaben in diesem Buch immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Anwendende selbst bleiben verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Intervention.

Letzten Endes könnte das Erkennen von Grübeln bei unseren Patient:innen, das Wissen um seine Relevanz in der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischen Leidens sowie das Wissen über therapeutische Strategien und Techniken zu seiner Veränderung dazu beitragen, die Sicht auf unsere Patient:innen zu verändern. Vielleicht müssen sie gar nicht rationale Gedanken noch mehr einüben. Vielleicht fehlt es ihnen auch nicht an Veränderungsmotivation. Vielleicht ist auch nicht ihr »Krankheitsgewinn« zu groß. Vielleicht benötigen sie einfach nur Wissen und Verständnis darüber, dass sie sich einen ungünstigen Denkstil, das Grübeln, angewöhnt haben. Und vielleicht gibt es mehr und individuell passendere Techniken als kognitive Umstrukturierung, um sich das Grübeln wieder abzugewöhnen.

Ingolstadt, im September 2025

Nicole Kindermann

Einleitung

In der modernen Psychotherapie vollzieht sich aktuell ein Paradigmenwechsel. Die Psychotherapie ist dabei, sich von dem medizinisch-kategorialen Krankheitsmodell, Schulendenken und störungsspezifischer Manualisierung («One size fits all»-Ansatz) abzuwenden. Eine Hinwendung erfolgt zu einem dimensionalen Störungsmodell, transschulischem und transdiagnostischem Denken sowie zu einer Individualisierung der Psychotherapie (Brakemeier & Herpertz, 2019; Hofmann & Hayes, 2019; Rubel & Lutz, 2016).

Gegen Ende des letzten Jahrhunderts waren Forschung und Praxis noch stark auf Entwicklung und Anwendung störungsspezifischer Manuale fokussiert. Dies resultierte geradezu in einer wahren »Manualflut« für nahezu jede spezifische psychische Erkrankung (Heidenreich & Michalak, 2013, S. 19). Angetrieben wurde dieser Zeitgeist von dem sogenannten »latenten Krankheitsmodell«. Es wurde analog zum somatischen Krankheitsmodell angenommen, psychisches Leiden äußere sich in einem Symptomcluster, dem eine verborgene Krankheit in Form einer biologischen Störung zugrunde liege (Moskowitz et al., 2023). Einzelne Symptome psychischen Leidens wurden im letzten Jahrhundert zu psychischen Erkrankungen mit entsprechendem Diagnose-Label zusammengefasst. Die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft (APA) entwickelte das Klassifikationssystem »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM). Auch die medizinische Klassifikationsliste der Weltgesundheitsorganisation (WHO) »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« (ICD) implementierte psychische Erkrankungen. Der klinische Alltag warf jedoch Probleme in der Anwendung dieser Diagnostik auf. Hohe Komorbiditätsraten und Reliabilitätsprobleme (zeitliche Stabilität von Diagnosen) nährten Zweifel an dem »latenten Krankheitsmodell« (Hayes et al., 2020).

Vorteile der Kategorisierung psychischer Erkrankungen lagen unter anderem im Nutzen für die Forschung. Die Verständigung auf eine gemeinsame Sprache und Einordnung psychischer Probleme machte Studien vergleichbar. Die Forschung konnte erfolgreich belegen, dass Psychotherapie wirksam ist. Randomisiert-kontrollierte Studien wurden zum Goldstandard der Evaluation von Psychotherapie. Die Anfangseuphorie über die Erfolge in den Wirksamkeitsnachweisen wird jedoch mittlerweile von verschiedenen Problemen getrübt: *Nonresponse*, *Nonremission* und *Nonstabilität*. Mindestens ein Drittel bis die Hälfte der Patient:innen zeige keine Besserung in der Psychotherapie (*Nonresponse*), viele erreichten nur eine Symptomreduktion, aber keine Symptommfreiheit (*Nonremission*), und einige Patient:innen erlebten nach der Psychotherapie Rezidive (*Nonstabilität*) (Brakemeier & Herpertz, 2019). Die Diskrepanz zwischen Wirksamkeit in der Forschung und in der Praxis beschreiben Brakemeier und Herpertz (2019, S. 1132) treffend: »Psychotherapie ist nachweislich wirksam für den Durchschnittspatienten unserer »Elfenbeinturm-Studien««.

Auch die Entwicklung immer neuer Therapieansätze löste die Probleme nicht. Mit der sogenannten »Dritten Welle« strömten neue transdiagnostische Ansätze in die Kognitive Verhaltenstherapie (z. B. Schematherapie, Akzeptanz- und Commitmenttherapie, Metakognitive Therapie). Therapeut:innen steht heute eine Vielzahl an Therapieansätzen zur Verfügung, um sich fortzubilden, zu qualifizieren und zu zertifizieren. Doch trotz der großen Produktion an Therapieansätzen bleiben die zentralen Fragen der Psychotherapie weiterhin größtenteils unbeantwortet. Der Psychologe Gordon Paul formulierte diese Fragen bereits 1969: »What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, under which set of circumstances, and how does it come about?« (Paul, 1969, S. 44).

Fakt ist, dass Therapeut:innen in der Praxis im Gegensatz zu Therapeut:innen in randomisiert-kontrollierten Studien keine »Durchschnittspatient:innen« behandeln, sondern stets Einzelfälle: Individuen mit persönlichem psychischem Leiden vor dem Hintergrund ihrer individuellen Biografie, Lernerfahrung, Neurobiologie, Genetik und psychosozialen Situation. Für diesen Einzelfall müssen Therapeut:innen eine erfolgversprechende Behandlungsstrategie und entsprechende Interventionen

auswählen. Ein rein statistisch-manualbasiertes Vorgehen mit Abarbeitung zunächst des einen Manuals für die erste Diagnose und dann des zweiten Manuals für die zweite Diagnose wäre eine Option, wenn man den Einzelfall wie den Durchschnitt behandeln würde. Präziser ist hingegen die Entwicklung eines individuellen Entstehungs-, Aufrechterhaltungs- und Veränderungsmodells des psychischen Leidens. In der Kognitiven Verhaltenstherapie entspricht dies dem sogenannten Funktionalen Bedingungsmodell für die jeweilige psychische Störung.

Ein störungs- und schulenübergreifender strategischer Ansatz wurde in den letzten Jahren mit der *Prozessbasierten Psychotherapie* vorgestellt (Hofmann & Hayes, 2018, 2019). Fokus sind in diesem Ansatz nicht mehr Diagnosen, Syndrome oder »latente Krankheiten«, sondern die Veränderung von *dysfunktionalen Kernprozessen*. Es wird postuliert, dass psychisches Leiden durch die Wechselwirkungen verschiedener dysfunktionaler Prozesse in einem komplexen Netzwerk entsteht (Hofmann & Hayes, 2019). Grübeln und Sich-Sorgen gehören zu den »Kernprozessen von Psychopathologie« (Svitek & Hofmann, 2022, S. 104). Das Vorgehen in der Prozessbasierten Psychotherapie ist stets auf den Einzelfall ausgerichtet, hypothesengeleitet und die Effekte werden kontinuierlich während der Therapie evaluiert.

Mit der Rückkehr zum Einzelfall kehrt die Psychotherapie auch ein Stück zu ihren Ursprüngen zurück. Denn sowohl die psychodynamische Psychotherapie als auch die Verhaltenstherapie waren in ihren Anfängen hoch individualisiert (Stangier et al., 2024). Diese Rückkehr zur Individualisierung könnte die häufigen Probleme der Psychotherapie, *Nonresponse*, *Nonremission* und *Nonstabilität*, lösen.

Kernprozess: Repetitives negatives Denken

Ein häufiger transdiagnostischer Kernprozess für psychisches Leiden ist das *repetitive negative Denken* (RND; Grübeln, Sich-Sorgen). Entwickelten sich die Konstrukte *Grübeln* und *Sich-Sorgen* (engl. *ruminat*ion und *worry*) zunächst separat voneinander, werden sie aufgrund der Forschungslage heute als überlappende Konstrukte angesehen (Ehring & Watkins, 2008). Allein der Faktor zeitliche Orientierung unterscheidet *Grübeln* von *Sich-Sorgen* in der Forschung konsistent. Grübeln, auch Ruminat

Definition

Repetitives negatives Denken (RND) bezeichnet einen kognitiven Prozess, der gekennzeichnet ist von wiederkehrenden negativen Gedanken. Zudem wird das Denken von Betroffenen als passiv und/oder unkontrollierbar erlebt (Ehring & Watkins, 2008). Es steht im Zusammenhang mit Onset, Aufrechterhaltung und Rezidivrisiko verschiedener psychischer Störungen. Bei den häufigsten psychischen Erkrankungen, Depressionen und Angststörungen, ist RND ein wesentlicher Faktor. Der Bedarf an evidenzbasierten Interventionen zur Modifikation von RND ist folglich groß.

Die meisten Materialien des Buches sind gleichermaßen zur Behandlung von exzessivem Grübeln als auch Sich-Sorgen geeignet. Aufgrund der Menge an Interventionen wurde jedoch der Schwerpunkt auf Ruminat

Beispiele für RND bei verschiedenen psychischen Störungen

Depressive Patient:innen grübeln z. B. über ihre Antriebsschwäche und negative Stimmung: »Warum bessern sich meine Beschwerden nicht?« Sozialphobiker:innen grübeln über vergangene soziale Interaktionen, um zu ergründen, ob sie Anlass für negative Bewertungen bei anderen Personen gegeben haben. Patient:innen mit einer Generalisierten Angststörung sorgen sich um ihre finanzielle, gesundheitliche oder familiäre Situation.

Zwangsgedanken

Von Grübeln sind Zwangsgedanken zu unterscheiden. Zwangsgedanken sind »Gedanken, Vorstellungsbilder oder Handlungsimpulse, die sich Betroffenen aufdrängen und die als unangemessen, beängstigend, abstoßend und abscheulich erlebt werden« (Teismann, 2014, S. 14). Auf Zwangsgedanken (z. B. »Habe ich den Herd ausgeschaltet?«, »Ich könnte mich mit einer Krankheit infiziert haben.«) können Patient:innen mit Grübeln reagieren.

Eine Alternative zur klassisch kognitiv-behavioralen Behandlung von Zwangsstörungen bietet die Metakognitive Therapie. Hier ist es wesentlich, dass Patient:innen ihre Haltung gegenüber Zwangsgedanken und die Relevanz, die sie ihnen beimessen, verändern (Wells, 2011, S. 176; **INFO 11** »Was ist eigentlich das Problem?!«). Dabei helfen Losgelöste Achtsamkeit (z. B. **AB 23** »Von Handys und Zügen: Losgelöste Achtsamkeit vermitteln«) und die Modifikation dysfunktionaler Metakognitionen (z. B. »Gedanken sind Fakten.«, Fusionsüberzeugungen; s. u. a. **INFO 31** »Wissenswertes über unsere Gedanken«, **INFO 29** »Ent-strickt? Ent-schmolzen?! – Konfusion über Defusion«). Auch der Abbau dysfunktionaler Rituale wird therapeutisch verfolgt (z. B. **INFO 15** »Dysfunktionale mentale Strategien im Umgang mit Rumination«, **AB 16** »Meine Strategien zur Kontrolle negativer Gedanken«).

Wann sind Interventionen zum RND indiziert?

Grübeln und Sich-Sorgen sind per se normale psychische Prozesse. Wenn diese Prozesse jedoch in Dauer und Intensität exzessiv werden und psychisches Leiden verursachen, sollten sie Fokus von therapeutischen Interventionen werden. Grübelfokussierte Interventionen sind zum Beispiel bei folgenden Personengruppen indiziert (Ehring, 2022):

- ▶ depressive Patient:innen, die stark und häufig grübeln
- ▶ depressive Patient:innen mit Residualsymptomatik (Rezidivprophylaxe)
- ▶ Patient:innen mit Generalisierter Angststörung (Fokus: Sorgen)
- ▶ Patient:innen, bei denen Grübeln ein zentraler Aufrechterhaltungsfaktor der Symptomatik darstellt
- ▶ Patient:innen, die stark durch Grübeln leiden oder beeinträchtigt sind
- ▶ Patient:innen, die häufig grübeln, es nicht kontrollieren können und deren Grübeln mit weiteren Symptomen zusammenhängt
- ▶ Personen, die aufgrund hoher Grübelneigung ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen (Prävention)

Wie behandelt man RND?

Nach den Ausführungen zu Beginn des Kapitels mit einem abschließenden Plädoyer für die Betrachtung des Einzelfalls in der Psychotherapie sollte RND auch individualisiert und nicht standardisiert behandelt werden. Der vorliegende Therapie-Tools-Band ist daher auch nicht chronologisch wie ein Manual anzuwenden, sondern erfordert therapeutische Expertise in der Auswahl entsprechender Module und Interventionen für die / den jeweilige:n Patient:in.

Wie der Psychologe Thomas Ehring (2022), der wissenschaftlich Grübeln untersucht, ausführt, gibt es aufgrund der vielschichtigen Prozesse, die aus normalem Grübeln pathologische Rumination werden lassen, nicht nur »einen therapeutischen Weg«, RND zu verändern (Oberberg Kliniken, 2022, 34:37–34:43). Daher zeigt das aktuelle Buch vielfältige Wege, gegliedert in einzelne Module mit jeweils optionalen Einzelinterventionen, auf. Edward Watkins (2018, S. 40, Übersetzung der Autorin) empfiehlt Therapeut:innen, »[...] flexibel in der Anwendung von Interventionen zu sein, in dem Sinne, klinische Gelegenheiten zu ergreifen, wenn sie aufkommen.« Die einzelnen Module dieses Buches befassen sich mit folgenden Interventionen:

- ▶ Aufmerksamkeitsfokussierte Techniken
- ▶ Achtsamkeitsfokussierte Techniken
- ▶ Defusionsfokussierte Techniken
- ▶ Inhaltlichfokussierte Techniken

- ▶ Emotionsfokussierte Techniken
- ▶ Verhaltensfokussierte Techniken
- ▶ Metakognitionsfokussierte Techniken

Das erste Buchkapitel widmet sich psychoedukativen Inhalten, um Patient:innen wissenschaftlich fundiertes Wissen über Grübeln und Sich-Sorgen zu vermitteln. Selbstwahrnehmung, Verständnis und Compliance sollen hierdurch bei Patient:innen gefördert werden.

Das zweite Kapitel stellt notwendige Informationen zu den entstehungsrelevanten und aufrechterhaltenden Prozessen von RND zur Verfügung. Die Auswahl der spezifischen Module und Interventionen aus den folgenden Kapiteln leiten Therapeut:innen aus der jeweiligen *Funktionsanalyse* für ihre Patient:innen ab. Konkrete Anleitungen zur Funktionsanalyse finden sich im ersten Kapitel.

Im letzten Kapitel des Buches werden Strategien und Interventionen zur Rezidivprophylaxe dargestellt, um langfristige Therapieerfolge zu erzielen. RND gilt als Risikofaktor für das Wiederauftreten psychischer Störungen. Daher ist es wichtig, Patient:innen in Strategien und Methoden zu schulen, wie sie Grübeln und Sich-Sorgen im Sinne eines Selbstmanagementansatzes autonom und eigenverantwortlich verändern können.

Die Materialien sind in der Regel für Einzel- und Gruppentherapie geeignet. Einige Übungen der Einzeltherapie (z. B. **INFO 6** »Impact-Technik: Sich aus der Verstrickung lösen und den roten Faden wiederfinden«) können in der Gruppe anhand eines Einzelfalls demonstriert werden.

Auswahl und Anwendung der Materialien obliegen der Verantwortung des/der jeweiligen Therapeut:in und setzen entsprechende berufliche Kompetenzen voraus (Qualifikation in einem Verfahren der Richtlinien-Psychotherapie).

Es bestehen die üblichen Kontraindikationen bei der Anwendung der vorgestellten Interventionen. Grundsätzlich ist die Anwendung z. B. kontraindiziert bei Patient:innen, die mit den Interventionen überfordert sind (z. B. schwere Depression, Suizidalität, Substanzintoxikation, Psychose). In diesen Fällen ist anderen Interventionen Priorität einzuräumen.

Genderneutrale Sprache

Wir verwenden geschlechterneutrale Formulierungen bzw. den Doppelpunkt. Indem wir eine diskriminierungssensible Sprache verwenden, sollen möglichst alle Menschen sprachlich sichtbar sein und angesprochen werden.

1 Psychoedukation: Wissenswertes über repetitives negatives Denken

Dieses Kapitel befasst sich mit der Definition von repetitivem negativem Denken (RND) und einer seiner häufigsten Formen: dem Grübeln (Rumination). Negative Folgen von RND werden aufgezeigt und Zusammenhänge zu psychischen Störungen dargestellt. Psychoedukative Informationsblätter fassen Wichtiges für Patient:innen verständlich zusammen.

Des Weiteren geht es in dem Kapitel um Merkmale, wie Rumination erkannt und von problemlöseorientiertem, konstruktivem Denken abgegrenzt werden kann. Der Psychologe Edward Watkins, der die *Ruminationsfokussierte Kognitive Verhaltenstherapie für Depressionen* entwickelte, vergleicht RND mit einer ungünstigen Gewohnheit und betont: »Gesteigerte Bewusstheit einer Gewohnheit ist entscheidend, um diese Gewohnheit zu verändern« (Watkins, 2018, S. 134, Übersetzung der Autorin). Zur besseren Identifikation von RND werden störungsspezifische Inhalte und Besonderheiten gegenübergestellt. Zudem erhalten Patient:innen pragmatische Hilfestellungen zur Identifikation von Rumination (z. B. 3-Fragen-Daumenregel).

Grübeln kann offen oder verdeckt auch während Therapiestunden auftreten und sollte von Therapeut:innen erkannt werden. Das Kapitel stellt hierzu Informationen und Möglichkeiten zum Intervenieren bereit. Hierzu zählt die Impact-Technik »Der Münztrick«.

Für die Entwicklung des Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodells stehen Anleitungen für die Funktionsanalyse (Mikro- und Makroanalyse) zur Verfügung. Dieses systematische Vorgehen soll helfen, geeignete Interventionen (Arbeits- und Informationsmaterialien) aus den Folgekapiteln für den individuellen Behandlungsfall auszuwählen. Ein tabellarischer Behandlungsplan findet sich am Ende des Kapitels.

Für den Therapieerfolg wird auf die Bedeutung einer gemeinsamen Problemdefinition von Patient:innen und Therapeut:innen hingewiesen. Zur Evaluation des Therapieverlaufs finden sich am Ende des Kapitels Ratingskalen zur Einschätzung der aktuellen Manifestation des Grübelns.

Arbeits- und Informationsmaterial

INFO 1 Was ist repetitives negatives Denken (RND)?

Das Informationsblatt erläutert Therapeut:innen Merkmale von RND und das Vorkommen bei verschiedenen psychischen Störungen. Zudem werden Schwierigkeiten in der Identifikation von RND ergründet. Normales Grübeln und Sich-Sorgen werden von pathologischen Formen abgegrenzt und hieraus Implikationen für die Therapieziele gezogen.

INFO 2 Grübeln (Rumination) und seine negativen Folgen

Therapeut:innen erfahren mehr über Definition, Geschlechterunterschiede und Folgen (z. B. für die sozialen Beziehungen von Betroffenen) bezüglich Grübeln.

INFO 3 Das Therapierational der »ungünstigen Gewohnheit«

Grübeln als habituelle Denkstil und entsprechende ätiologische Modelle werden vorgestellt. Therapeut:innen erhalten Anleitung, wie sie Störungs- und Veränderungswissen vermitteln können. Auf Grübeln als störenden Faktor bei der Informationsaufnahme und -verarbeitung während der Therapiestunde sowie auf entsprechende Gegenmaßnahmen wird hingewiesen.

INFO 4 Repetitives negatives Denken bei verschiedenen psychischen Störungen

Durch die Aufführung typischer Denkinhalte verschiedener psychischer Störungen sollen Therapeut:innen unterstützt werden, Rumination und Sich-Sorgen bei Patient:innen zu identifizieren.

INFO 5 Grübeln: Gedankenkaugummi

Patient:innen können sich über Grübeln informieren: Welche Inhalte sind typisch? Warum ist es unproduktiv? Welche Folgen hat es? Auch dass Grübeln in einem gewissen Maß normal ist, wird hervorgehoben.

AB 1 Haben Sie sich einen schlechten Denkstil angewöhnt?

Eine tabellarische Übersicht verdeutlicht Patient:innen Unterschiede zwischen übermäßigem Grübeln und problemlöseorientiertem, konstruktivem Denken.

INFO 6 Impact-Technik: Sich aus der Verstrickung lösen und den »roten Faden« wiederfinden

Die Übung leitet Therapeut:innen an, wie sie Rumination mit konstruktivem Denken für Patient:innen bildlich kontrastieren können.

AB 2 Rumination erkennen: Die 3-Fragen-Daumenregel

Therapeut:innen leiten mittels eines Gedankenexperiments und drei Fragen Patient:innen an, wie sie Grübeln identifizieren können.

INFO 7 Rumination erkennen: Offenes Grübeln in der Therapiestunde

Das Informationsblatt erklärt Therapeut:innen offenes Grübeln und welche Hinweise darauf schließen lassen.

INFO 8 Rumination erkennen: Verdecktes Grübeln in der Therapiestunde

Therapeut:innen erfahren, wie sie verdecktes Grübeln bei ihren Patient:innen identifizieren können.

INFO 9 Wenn Rumination in der Therapiestunde auftritt: Interventionen

Es werden therapeutische Interventionen beispielhaft aufgeführt, wenn Patient:innen während der Therapiestunde grübeln.

AB 3 Der Münztrick: Offenes Grübeln in der Therapiestunde unterbinden

Eine einfache Impact-Technik hilft Therapeut:innen, Rumination in der Therapiestunde zu stoppen.

INFO 10 In drei Schritten zur passenden Intervention

Therapeut:innen erhalten Anleitung, wie sie passende Interventionen für ihre Patient:innen auswählen können.

AB 4 Funktionsanalyse: Situative Verhaltensanalyse (Mikroanalyse)

Das Arbeitsblatt kann von Therapeut:innen genutzt werden, um die individuelle Mikroanalyse zu verschriftlichen.

AB 5 Funktionsanalyse: Makroanalyse

Hier können Therapeut:innen ihre Ergebnisse der individuellen Makroanalyse eintragen.

AB 6 Situative Verhaltensanalyse: Fragen

Der Fragenkatalog leitet Therapeut:innen zur ausführlichen Exploration einer Grübelsituation an.

AB 7 Behandlungsplan

Eine tabellarische Zusammenfassung der entstehungsrelevanten und aufrechterhaltenden Bedingungen der Rumination leitet Therapeut:innen zu Therapiezielen und passenden Interventionen.

INFO 11 Was ist eigentlich das Problem?!

Ein zentraler Faktor für das Arbeitsbündnis zwischen Patient:in und Therapeut:in wird erörtert: Grübeln als gemeinsame Problemdefinition.

AB 8 Therapietracker

Patient:innen können in dieser Selbsteinschätzung regelmäßig ihre Fortschritte prüfen und herausfinden, welche Techniken ihnen helfen, Grübeln zu reduzieren. Das Arbeitsblatt dient der Evaluation des Therapieverlaufs.

Was ist repetitives negatives Denken (RND)?

Ein Meilenstein in der psychotherapeutischen Forschung war die Entdeckung des *repetitiven negativen Denkens* (RND) als transdiagnostischer Prozess mit großer Bedeutung für Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiederauftreten von psychischen Störungen. Lange Zeit wurde RND durch eine starke Ausrichtung von Forschung und Praxis auf einzelne psychische Erkrankungen nur störungsspezifisch gesehen und definiert (Moulds & Mc Evoy, 2025). Störungsübergreifend versteht man heute unter RND das wiederkehrende Befassen mit negativen Gedanken, was als passiv und / oder unkontrollierbar erlebt wird (Ehring & Watkins, 2008). Dieser Denkprozess erfordert mentale Kapazität und Betroffenen fällt es schwer, sich von den Denkinhalten zu lösen. Das Denken ist zudem eher abstrakt und unproduktiv. Unterformen des RND sind Grübeln (Rumination) und Sich-Sorgen.

Merkmale von RND

Der Psychologe David Clark (2022, S. 16) beschreibt Kernmerkmale von RND:

- ▶ **Repetitiv:** Das Denken kreist wiederholt um denselben Inhalt.
- ▶ **Negativ:** Die Denkinhalte sind negativ. Es geht häufig um negative Aspekte der eigenen Person oder negative Aspekte eines Erlebnisses.
- ▶ **Intrusiv:** Die Gedanken tauchen plötzlich auf und sind aufdringlich. Ausgangspunkt können auch unvermittelt auftauchende Bilder im Kopf oder Erinnerungen sein.
- ▶ **Abstrakt:** Die Gedanken sind allgemein, hypothetisch und nicht der Realität angemessen (Watkins, 2018).
- ▶ **Passiv:** Die Gedanken kommen einfach, ohne dass hierzu etwas aktiv getan werden muss.
- ▶ **Hartnäckig:** Die Gedanken lassen sich nicht so leicht auf positive Aspekte lenken, sondern fokussieren auf negative Aspekte.
- ▶ **Unkontrollierbar:** Obwohl die Gedanken nicht gewollt sind oder an etwas anderes bewusst gedacht wird, treten sie immer wieder auf. Betroffene erleben dies als Kontrollverlust.

Psychische Störungen und RND

RND findet sich transdiagnostisch bei nahezu allen Achse-I-Störungen (Ehring & Watkins, 2008): Depression (Rumination über depressive Symptome und belastende Ereignisse), Generalisierte Angststörung (Sorgen über mögliche zukünftige Gefahren), Posttraumatische Belastungsstörung (Grübeln über das Trauma und seine Folgen), Soziale Phobie (*Post-Event Processing* über das eigene Verhalten in sozialen Situationen und mögliche Ablehnung durch andere) sowie bei Schlafstörung, Essstörungen, Zwangsstörung, Panikstörung, Hypochondrie, Schmerzstörung, Alkoholabhängigkeit, Psychose und Bipolarer Störung.

RND ist ursächlich beteiligt an der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen (Ehring & Watkins, 2008; Watkins & Roberts, 2020) und sollte daher ein relevanter Kernprozess sein, den Psychotherapie fokussiert und modifiziert.

RND wahrnehmen und erkennen

Ein wesentlicher Schritt in der Modifikation von RND ist das bewusste Wahrnehmen und Identifizieren dieses Denkprozesses. Hierbei gibt es zwei Schwierigkeiten:

- (1) Grübeln und Sich-Sorgen werden oft mit *Nachdenken* im Sinne eines konstruktiv-problemlöseorientierten Denkens verwechselt und nicht als dysfunktional erkannt.
- (2) Grübeln und Sich-Sorgen beginnen oft mit konstruktiv-problemlöseorientiertem Denken, das dann unbewusst in dysfunktionales RND abdriftet (Teismann, 2014, S. 17; Watkins, 2018, S. 209).

Was ist repetitives negatives Denken (RND)?

Patient:innen sollten daher Psychoedukation über Merkmale, Folgen und Aufrechterhaltungsprozesse (circulus vitiosus) von Grübeln und Sich-Sorgen erhalten, um RND besser zu erkennen. Zudem sollten Patient:innen in der Selbstbeobachtung geschult werden, um rechtzeitig zu bemerken, wenn das Denken in unproduktive Prozesse übergeht.

Hilfreich ist es auch, wenn Patient:innen häufige Arten von RND kennen. Die Psychologin Susan Nolen-Hoeksema (2006) unterscheidet drei Arten:

- ▶ **Kränkungsgrübeln** hat inhaltlich den Fokus auf scheinbares Unrecht, das einer Person widerfahren ist. Es geht mit Erleben von Verletztsein, externalen Schuldzuweisungen und Ärger einher.
- ▶ **Vergrößerungsgrübeln** befasst sich inhaltlich mit einem Problem und macht es im Verlauf immer größer. Der *Vergrößerungseffekt* geht allein auf diese Denkweise zurück.
- ▶ **Katastrophengrübeln** dreht sich um das Sorgen. Hier ist das Denken auf potentiell bedrohliche Szenarien fokussiert.

Normales vs. pathologisches RND

Grübeln ist ein weit verbreitetes und normales Phänomen, das auch bei Personen ohne psychische Erkrankung auftritt (Watkins, 2018). Auch Sich-Sorgen tritt bei gesunden Personen auf und der Inhalt der Sorgen unterscheidet sich nicht grundlegend von z. B. Patient:innen mit Generalisierter Angststörung, bei denen Sich-Sorgen ein Kardinalsymptom darstellt (Becker & Margraf, 2025). Auf Stress oder bei konkreten Problemen sind Grübeln und Sich-Sorgen häufige Reaktionen: Menschen grübeln nach dem unerwarteten Ende einer Partnerschaft, nach dem Verlust eines Angehörigen oder wenn ihnen ein Fehler in der Öffentlichkeit passiert. Menschen sorgen sich, ob ihre Angehörigen erkranken könnten, über finanzielle Themen oder wenn ein öffentlicher Vortrag ansteht.

Grübeln und Sich-Sorgen sind demzufolge nicht per se pathologische Prozesse. Denn Grübeln und Sich-Sorgen lenken die Aufmerksamkeit auf Probleme, Gefahren, unerwünschte Folgen oder Soll-Ist-Diskrepanzen. Grübeln soll Unterschiede zwischen angestrebten Soll-Zuständen und unerwünschten Ist-Zuständen verringern und der Problemlösung dienen (Watkins, 2018). Sorgen nehmen potenzielle Gefahren oder unerwünschte Folgen vorweg. Sie sollen »ein Problem, das noch nicht eingetreten ist, lösen« (Becker & Margraf, 2025, S. 13). RND stellt durch das häufige Hervorbringen desselben Themas sicher, dass die betreffende Person die Aufmerksamkeit auf das Thema lenkt – eine Art »Erinnerungsfunktion«. Des Weiteren sichern diese Denkprozesse, eventuell durch die Aufmerksamkeitslenkung auf ein Problem, dass die Person sich mit dem Problem auseinandersetzt und es mit höherer Wahrscheinlichkeit gelöst wird. Zusammenfassend könnten Grübeln und Sich-Sorgen folgende wichtige Funktionen erfüllen:

- ▶ **Warnfunktion:** Das Denken weist auf potenzielle Gefahren und unerwünschte Folgen hin.
- ▶ **Relevanzfunktion:** Das Denken zeigt Diskrepanzen zwischen dem gegenwärtigen Zustand und persönlichen Zielen auf.
- ▶ **Aufmerksamkeitsfunktion:** Das Denken sichert die Aufmerksamkeitszuwendung auf bestimmte Themen.
- ▶ **Problemlösefunktion:** Das Denken fördert die Beschäftigung mit einem Problem.

Was ist repetitives negatives Denken (RND)?

■ Beispiel

Beispiel 1: Eine Person ist unzufrieden mit ihrer aktuellen Partnerschaft und grübelt oft über ihre Beziehung nach. Grübeln kann die Person davor warnen, dass die Partnerschaft, die ihr wichtig ist, aber derzeit unbefriedigend verläuft, in die Brüche geht (Warn- und Relevanzfunktion). Die wiederkehrenden Gedanken an die Partnerschaft lenken die Aufmerksamkeit auf die Qualität der Beziehung (Aufmerksamkeitsfunktion). Die Person macht sich Gedanken, was sie tun könnte, um die Situation zu verbessern, z. B. ob sie vielleicht weniger Überstunden und stattdessen pünktlich Feierabend machen sollte, um abends mehr gemeinsame Paarzeit zu verbringen (Problemlösefunktion).

Beispiel 2: Einer Person steht ein wichtiger beruflicher Vortrag bevor. Bislang hat sie sich jedoch wenig darauf vorbereitet. Als nur noch eine Woche Zeit ist, beginnt die Person, sich viele Sorgen zu machen (z. B. »Was ist, wenn ich es nicht schaffe, rechtzeitig fertig zu werden? ... Was ist, wenn ich ein Blackout habe? ... Was ist, wenn ich einen schlechten Eindruck mache?«). Die Sorgen weisen auf die Gefahr hin, bei mangelnder Vorbereitung eine schlechte Performanz zu zeigen (Warn- und Relevanzfunktion). Weil die Sorgen ständig wiederkommen, bleibt das Thema präsent (Aufmerksamkeitsfunktion). Die Person wird motiviert, sich auf den Vortrag vorzubereiten (Problemlösefunktion).

Bei pathologischem Grübeln und Sich-Sorgen sind oben genannte positive Funktionen nicht mehr gegeben, sondern die Denkprozesse selbst sind zum Problem geworden. Es ist ein *habituell abstrakt-generalisierender Denkstil mit hoher Rigidität* entstanden. Grübeln tritt dann gewohnheitsmäßig in unpassenden Situationen auf (z. B. abends vor dem Einschlafen). Grübeln befasst sich dann nicht mehr mit einem aktuellen Problem in einer konkret-situationsspezifischen Art und Weise, sondern das Denken wechselt inhaltlich auf eine abstrakte und verallgemeinernde Ebene (z. B. »Warum passiert mir immer wieder Negatives?«). Dieser maladaptive Denkstil zieht eine Reihe negativer Folgen nach sich (z. B. Depressionen, Angststörungen, Selbstwertverlust, Passivität).

Aufklärung und Zielvereinbarung in der Psychotherapie

Therapeut:innen können aufklären, dass ...

- ▶ Grübeln und Sich-Sorgen weit verbreitete Phänomene unseres Gehirns sind und diese Prozesse auch hilfreiche Funktionen erfüllen können. Aufgrund dessen ist ein Therapieziel wie »grübel-frei/ sorgenlos« oder »keine negativen Gedanken mehr haben« unrealistisch. Therapeut:innen sollten daher ihre Patient:innen von Anfang an unterstützen, realistische Erwartungen an die Therapie zu entwickeln (z. B. Grübeln besser regulieren lernen).

Was ist repetitives negatives Denken (RND)?

Außerdem sollten Therapeut:innen darüber informieren, dass Grübeln und Sich-Sorgen problematisch sind, wenn diese Denkprozesse ...

- ▶ exzessiv werden (z. B. mehrere Stunden täglich andauern) und gewohnheitsmäßig auftreten (z. B. immer vor dem Einschlafen).
- ▶ hauptsächlich abstrakt und generalisierend sind (ein flexibler Wechsel zu einem konkreten, problemlöseorientierten, konstruktiven Denken gelingt nicht mehr).
- ▶ rigide sind (unangemessen auf jede Situation angewendet werden).
- ▶ unproduktiv sind (keine Lösung, keine Entscheidungen, keinen Handlungsplan hervorbringen).
- ▶ in einem Missverhältnis zu aktivem Handeln stehen (Imbalance in Richtung zu viel denken / analysieren / abwägen / zweifeln und infolge Passivität).
- ▶ negative Folgen nach sich ziehen (z. B. Schlafstörungen, deprimierte Stimmung, Minderwertigkeitsgefühle, Ängste).

Fragebögen zur Diagnostik und Verlaufskontrolle. Verschiedene Fragebögen stehen zur Verfügung, um Diagnostik und Verlaufskontrolle parallel zum klinischen Urteil zu ergänzen. Im Folgenden sind exemplarisch einige Fragebögen aufgeführt.

Rumination

- ▶ Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ, Ehring et al., 2011)
- ▶ Rumination-Reflection-Questionnaire (RRQ, Trapnell & Campbell, 1999, dt. von Schütz, 2000 oder König, 2012)
- ▶ Response Styles Questionnaire (RSQ, Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991, dt. von Kühner et al., 2007)
- ▶ Das Arbeitsblatt **AB 8** »Therapietracker« kann in der Therapie genutzt werden, um den Therapieverlauf sowie die individuelle Wirksamkeit von Interventionen zu überprüfen.

Sorgen

- ▶ Worry Domain Questionnaire (WDQ, Tallis et al., 1992, dt. Stöber, 1995)
- ▶ Penn State Worry Questionnaire (PSWQ, Meyer et al., 1990, dt. Stöber, 1995)

Metakognitionen

- ▶ Fragebogen zu Metakognitionen 30 (Metacognitions Questionnaire 30, MCQ-30, Wells, 2011)
- ▶ Meta-Sorgen-Fragebogen (Meta-Worry-Questionnaire, MWQ, Wells, 2011)

Störungsspezifische Fragebögen

- ▶ Skala zur Generalisierten Angststörung (GADS-R, Wells, 2011)
- ▶ Skala zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD-S, Wells, 2011)
- ▶ Skala zur Zwangsstörung (OCD-S, Wells, 2011)

Grübeln (Rumination) und seine negativen Folgen

Eine häufige Form des repetitiven negativen Denkens (RND) ist das Grübeln (Rumination). Der Begriff Rumination bedeutet eigentlich »Wiederkäuen« und kommt aus dem Tierreich. Hier bezeichnet Rumination bei einer Unterform der Paarhufer (z. B. Rinder, Schafe) das erneute Hervorwürgen der vorverdauten Nahrung, die nochmals zerkaut wird, um sie dann wieder herunterzuschlucken und weiter zu verdauen. Im übertragenen Sinne ist in der Psychologie mit Rumination gemeint, dass Gedanken »mental wiedergekaut« werden.

Definition

Grübeln ist ein umgangssprachlicher Begriff, der im Alltag, aber auch in der klinischen Literatur, teils unpräzise und mehrdeutig gebraucht wird. Es ist daher sinnvoll, mit Patient:innen ein gemeinsames Verständnis von dem Phänomen zu erarbeiten (s. **INFO 5** »Grübeln: Gedankenkaugummi«, **AB 1** »Haben Sie sich einen schlechten Denkstil angewöhnt?«).

Eine Pionierin der Ruminationsforschung, die Psychologin Susan Nolen-Hoeksema, hob die Bedeutung von Grübeln im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung von Depressionen hervor. Unter Grübeln verstand sie »Verhaltensweisen oder Gedanken, die die Aufmerksamkeit auf eigene depressive Symptome fokussieren und auf Implikationen dieser Symptome« (Susan Nolen-Hoeksema, 1991, S. 569; Übersetzung der Autorin). So grübeln depressive Patient:innen häufig z. B. über Ursachen und Konsequenzen der Depression. Der Ruminationsforscher Edward Watkins beschreibt Grübeln als »repetitives, anhaltendes und periodisch wiederkehrendes negatives Denken über sich selbst, Gefühle, persönliche Sorgen und schlimme Erlebnisse« (Watkins & Roberts, 2020, S. 1; Übersetzung der Autorin). Zudem sieht er Grübeln als einen selbstbezogenen Problemlöseversuch, wenn der aktuelle Zustand nicht einem gewünschten Zustand entspricht (Watkins, 2008).

Ist Grübeln weiblich?

Nolen-Hoeksema beleuchtete in ihren Studien das weibliche Grübeln. Ihr Buch »Women who think too much« (dt. »Warum Frauen zu viel denken«, 2006) wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt. Nolen-Hoeksema interessierte sich unter anderem für die Frage, warum Frauen doppelt so häufig wie Männer an Depressionen erkranken. Sie zog aus ihrer Forschung das Fazit, dass Frauen mehr als Männer zu einem *ruminativen und passiven Copingstil* in Reaktion auf Stress tendierten. Dies habe zur Folge, dass Frauen intensiver und länger mit Stress konfrontiert seien. Zudem erschwere der ruminativ-passive Copingstil die Überwindung der auslösenden Problemsituation.

In einer Studie, in der Nolen-Hoeksema (1995) 615 Teenager im Alter von 12 bis 16 Jahren untersuchte, zeigte sich, dass schon Mädchen häufiger grübeln als Jungen. Zudem unterschieden sich die Grübelthemen. Jungen grübelten mehr über ihren Erfolg in Sport und Freizeitaktivitäten. Mädchen grübelten mehr über die Themen Aussehen, Freund:innen und Familie sowie sich selbst. Nolen-Hoeksema folgert, dass die Denkinhalte der Mädchen per se nicht einfach zu lösen seien und daher leichter zum Grübeln verleiten würden. Zudem würden Frauen durch ihre Sozialisation vermehrt zum Grübeln angeregt werden (Nolen-Hoeksema, 2006). Eltern würden ihre Töchter mehr als ihre Söhne dazu anleiten, über die eigenen Gefühle (z. B. Traurigkeit) nachzudenken. Zudem würden Eltern auch häufiger in Anwesenheit von Töchtern, im Gegensatz zu Söhnen, über eigene aversive Emotionen reden.

Zusammenfassend erklärt die stärkere Tendenz von Frauen zur Rumination höhere Prävalenzraten für Frauen bezüglich Depression (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Nolen-Hoeksema et al., 1999).

Grübeln (Rumination) und seine negativen Folgen

Negative Folgen von Grübeln

Grübeln zieht eine Reihe von negativen Folgen nach sich (Ehring & Behar, 2021; Ehring & Watkins, 2008; Teismann, 2014; Watkins & Roberts, 2020):

- ▶ Aufrechterhaltung und Intensivierung negativer Stimmung
- ▶ Vermehrte negative Kognitionen (Gedanken, Erinnerungen, Bewertungen)
- ▶ Antriebsreduktion
- ▶ Schlafstörungen
- ▶ Konzentrationsstörungen
- ▶ Beeinträchtigung der Problemlösefähigkeit
- ▶ Interpersonelle Probleme
- ▶ Entstehung psychischer Störungen

Netzwerkmodell nach Bower. Personen mit exzessivem Grübeln geraten vermutlich in Teufelskreisprozesse, die immer mehr und immer intensivere negative Folgen nach sich ziehen. Eine Erklärung liefert das *Netzwerkmodell von Bower* (1981). Das Modell geht davon aus, dass in unserem Gedächtnis Erinnerungen, Gedanken, Gefühle und dazu passende Körperreaktionen in einem Netzwerk gespeichert werden. Wird ein Element des Netzwerks aktiviert (z. B. eine traurige Emotion), werden mehr Gedanken und Erinnerungen mit ähnlichen Emotionen aktiviert als Erinnerungen mit gegensätzlichen Emotionen, weil ähnliche Emotionen näher beieinander abgespeichert werden. Wenn Grübeln also aversive Emotionen auslöst, werden dazu passende aversive Gedanken, Erinnerungen und Körperreaktionen aktiviert. Hierdurch verschlechtert sich die Stimmung weiter. Dieser Teufelskreis kann dazu führen, dass die Stimmung immer hoffnungsloser, die Gedanken immer negativer und die Motivation immer geringer wird.

Hefeteigeffekt des Grübelns. Die Beobachtung, dass negative Gedanken weitere negative Gedanken nach sich ziehen, nennt Nolen-Hoeksema (2006) den »Hefeteigeffekt« des Grübelns: Grübeln intensiviert aversive Emotionen und erhält diese aufrecht. So verstärkt Grübeln traurige, wütende, ängstliche und schamvolle Emotionen und trägt zu deprimierter Stimmung, gereizter Stimmung, Angstzuständen und Minderwertigkeitsempfinden bei. Grübeln hat daher transdiagnostisch bei vielen emotionalen Problemen, mit denen Patient:innen die Psychotherapie aufsuchen, eine große Bedeutung.

Umsetzung von Lösungen erschwert. Ein weiterer negativer Effekt von Grübeln ist, dass Grübeln dazu führen kann, dass Lösungen, selbst wenn sie gesehen werden, weniger wahrscheinlich umgesetzt werden (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993).

Belastung von Angehörigen. Leiden Patient:innen unter exzessivem Grübeln, belastet dies häufig auch ihre sozialen Beziehungen (Teismann, 2014). Angehörige sind belastet durch ...

- ▶ die ständige Wiederholung der gleichen Themen.
- ▶ die Passivität der Patient:innen.
- ▶ das Nicht-Umsetzen oder nur halbherzige Umsetzen von Lösungsvorschlägen.
- ▶ häufige Rückversicherungen der Patient:innen im sozialen Umfeld.