

Teismann

Hanning

von Brachel

Willutzki

Kognitive

Verhaltensforschung

Tobias Teismann
Sven Hanning
Ruth von Brachel
Ulrike Willutzki

Kognitive Verhaltenstherapie depressiven Grübelns

Tobias Teismann
Sven Hanning
Ruth von Brachel
Ulrike Willutzki

Kognitive Verhaltenstherapie depressiven Grübelns

Mit 39 Abbildungen und 4 Hörübungen auf CD-ROM

Dr. Tobias Teismann

Diplom-Psychologe und Psychologischer
Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
Arbeitseinheit Klinische Psychologie und
Psychotherapie, GAFO 03/923
Psychologische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150, 44780 Bochum
Tobias.Teismann@rub.de

Ruth von Brachel

Diplom-Psychologin und Psychologische
Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)
Arbeitseinheit Klinische Psychologie und
Psychotherapie, GAFO 03/923
Psychologische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150, 44780 Bochum
ruth.vonbrachel@rub.de

Sven Hanning

Diplom-Psychologe und Psychologischer
Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
Praxisgemeinschaft am Weiltor
Große Weilstraße 8, 45525 Hattingen
hanning@psychotherapie-hattingen.de

Prof. Dr. Ulrike Willutzki

Diplom-Psychologin und Psychologische
Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)
Arbeitseinheit Klinische Psychologie und
Psychotherapie, GAFO 03/923
Psychologische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150, 44780 Bochum
willutz@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

ISBN-13 978-3-642-25228-0 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin

Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.com

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg
Projektmanagement: Barbara Karg, Heidelberg
Lektorat: Bettina Arndt, Weinheim
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Einbandabbildungen: © Eugene.jpg / Fotolia
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

SPIN: 80032133

Gedruckt auf säurefreiem Papier bk 3163 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

» Wieder und wieder denke ich über das Gleiche nach.

Manchmal bin ich so versunken in meine Grübeleien, dass ich erst nach einer Stunde wieder auftauche.

Ich kann einfach nicht damit aufhören, über vergangene Ereignisse nachzudenken.

Ich denke über alles viel zu lange nach.

Ich weiß, dass es mir überhaupt nichts bringt, das Treffen immer wieder zu analysieren, aber meine Gedanken kehren unaufhörlich dahin zurück. «

Beschreibungen anhaltender, lähmender und demoralisierender Grübeleien sind im Umgang mit depressiven Patienten häufig zu hören. Depressives Grübeln – auch als Rumination (vom lateinischen ruminare = wiederkäuen) bezeichnet – stellt entsprechend ein charakteristisches und zentrales Merkmal depressiver Störungen dar. Während es den meisten Menschen nicht fremd ist, von Zeit zu Zeit über Entscheidungen, Konflikte und Kränkungen zu grübeln, entwickeln diese Grübeleien im Rahmen depressiver Störungen oft eine unfreiwillige, selbstquälerische und affekteskalierende Dynamik.

In den vergangenen Jahrzehnten zeigte sich entsprechend in einer Vielzahl von Untersuchungen, dass eine erhöhte Grübelneigung einen zentralen Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen darstellt. Andere Risikofaktoren für das Erleben depressiver Episoden – wie z. B. Neurotizismus, Perfektionismus, kindliche Missbrauchserfahrungen – scheinen zudem ihre depressogene Wirkung über vermehrtes Grübeln oder in Kombination mit solchem zu entfalten. Schließlich führt Grübeln zu einer Intensivierung negativen Denkens, es beeinträchtigt die Fähigkeit Probleme zu lösen, es untergräbt die Motivation zur Umsetzung möglicher Lösungen und es wirkt sich negativ auf die Gestaltung interpersoneller Beziehungen aus.

Vor diesem Hintergrund erscheint es naheliegend, persistierendes Grübeln explizit zum Ansatzpunkt therapeutischen Handelns zu machen: den therapeutischen Fokus also weniger auf die Bearbeitung von Inhalten, über die gegrübelt wird, sondern auf den Prozess des Grübelns, die individuelle Neigung zu einer grüblerischen Denkweise, zu richten. Ein solcher Fokuswechsel bzw. eine solche Ergänzung des therapeutischen Vorgehens trägt der Tatsache Rechnung, dass depressive Patienten nicht nur negative automatische Gedanken, Denkfehler und dysfunktionale Annahmen aufweisen, sondern auch charakteristische Arten der Aufmerksamkeitsausrichtung und der Art des Denkens. Die Erweiterung des therapeutischen Blickfeldes verbindet sich dabei mit der Hoffnung, das therapeutische Angebot für depressive Patienten weiter zu verbessern.

■ Zielstellung und Aufbau des Buches

Das vorliegende Manual möchte zum einen über empirische, theoretische und therapeutische Arbeiten zur Bedeutung depressiven Grübelns informieren und andererseits therapeutische Strategien zur prozessfokussierten Behandlung depressiven Grübelns praxisorientiert an die Hand geben.

Im ersten theorieorientierten Teil werden zentrale Befunde zur Bedeutung und zum Verständnis depressiven Grübelns überblicksartig dargestellt, außerdem werden Ansätze und Strategien zur Behandlung depressiven Grübelns in ihrer theoretischen Fundierung und praktischen Umsetzung vorgestellt.

Im zweiten, praxisorientierten Teil wird sodann ein integratives kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm ausführlich und handlungsnah beschrieben. Die Darstellung des Programms bezieht sich dabei primär auf eine gruppentherapeutische Umsetzung. Gleichwohl können sämtliche der beschriebenen Strategien ohne weiteres auch in einem einzeltherapeutischen Setting genutzt werden; Hinweise dazu finden sich im Anschluss an die Darstellung des Gruppenbehandlungsprogramms.

Im dritten Teil erfolgt abschließend eine Darstellung der bisherigen empirischen Fundierung des beschriebenen Behandlungsprogramms. Im Rahmen der gesamten folgenden Darstellung wird davon ausgegangen, dass der Leser mit dem Störungsbild der unipolaren Depression und mit klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien vertraut ist.

Alle für die Durchführung der Behandlung notwendigen Materialien befinden sich schließlich in ► Buchteil IV und auf der beiliegenden ► CD-ROM.

■ **Zur Schreibweise**

Ausschließlich zum Zwecke der besseren Lesbarkeit wurde im vorliegenden Manual auf die unterschiedliche geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Die gewählte männliche Form ist in diesem Sinne geschlechtsneutral zu verstehen.

■ **Danksagung**

Unser Dank gilt all denen, die uns seit 2006 bei der Konzeption und Gestaltung des Manuals und seit 2008 bei der Evaluation desselben unterstützt haben. Allen voran gebührt unser Dank Matthias Grillenberger und Lisa Hebermehl, die mit großer Selbstverständlichkeit sehr viel Zeit und Expertise in dieses Projekt investiert haben.

Darüber hinaus gilt unser Dank den Personen, die zur Entstehung dieses Manuals auf die eine oder andere Weise beigetragen haben; insbesondere Iris Hornstein, Katrin Hötzel, Natalie Fromme-Schwarzhöfer, Helmut Klein, Prof. Dr. Johannes Michalak, Kathrin Rühl, Christian Wöhrmann, Dagmar Meister, Jennifer Sengsmann, Sebastian Plätz, Jens Glowka, Gesche Höhner, Holger Cramer, Stefan Krein, Desirée Thormann, Julia Fischer, Dr. Andrea Ertle, Dr. Christoph Koban, Prof. Dr. Silja Vocks, Dr. Wolfgang Groeger, Meike Driessen und Dr. Josef König von der Pressestelle der Ruhr-Universität sowie Monika Radecki und Barbara Karg vom Springer-Verlag. Für die Unterstützung bei der Evaluation des Behandlungsprogramms bedanken wir uns bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Projekt-nummer WI1106/12-1). Dafür, dass sie uns die Möglichkeit gegeben haben, viel Zeit auf die Erstellung und Evaluation dieses Manuals zu verwenden, möchten wir Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Jürgen Margraf und Prof. Dr. Silvia Schneider danken.

Und schließlich wäre das Manual in seiner jetzigen Form nie möglich geworden ohne die Erfahrungen, Berichte, Fragen, Antworten und Rückmeldungen all der Patienten, die wir im Rahmen des Projekts »Kognitive Verhaltenstherapie depressiven Grübelns« begleitet haben. Vielen Dank dafür!

Tobias Teismann, Sven Hanning, Ruth von Brachel, Ulrike Willutzki
Bochum, im März 2012

Inhaltsverzeichnis

I	Theoretischer Teil	1
1	Depressives Grübeln: Konsequenzen, Theorie und Behandlung	3
1.1	Verständnis depressiven Grübelns	4
1.2	Überblick über den Forschungsstand zu Konsequenzen und Wirkweise depressiven Grübelns	6
1.2.1	Experimentelle Untersuchungen	7
1.2.2	Naturalistische Untersuchungen	7
1.3	Bedeutung depressiven Grübelns für die Behandlung depressiver Patienten	12
1.4	Funktionales vs. dysfunktionales repetitives Denken	13
1.5	Theoretische Annahmen zur Aufrechterhaltung depressiven Grübelns	14
1.5.1	Metakognitives Modell depressiver Störungen	15
1.5.2	Gedankenunterdrückung	18
1.5.3	Inhibitionsdefizite	19
1.5.4	Goal-Progress-Theorie ruminativer Gedanken	19
1.5.5	Annahmen zur Vermeidungsfunktion depressiven Grübelns	21
1.5.6	Fazit	22
1.5.7	Entwicklungsbedingte Antezedenzen	23
1.6	Therapeutische Ansätze zur Behandlung depressiven Grübelns	23
1.6.1	Metakognitive Therapie depressiver Störungen	24
1.6.2	Behavioral Activation und »Rumination-focused Cognitive Behaviour Therapy«	25
1.6.3	Achtsamkeit und Akzeptanz	28
1.6.4	Ablenkung	30
1.6.5	Expressives Schreiben	31
1.6.6	Problemlösetraining	32
1.6.7	Fazit	33
II	Praktischer Teil mit Behandlungsmanual	37
2	Hinweise zum praktischen Vorgehen	39
2.1	Inhalte des Behandlungsprogramms	40
2.2	Indikationsbereich	41
2.3	Zum Sprachgebrauch	41
2.4	Aufbau der Behandlungskapitel	42
3	Sitzung 1: Bedeutung depressiven Grübelns	43
3.1	Theoretischer Hintergrund	44
3.2	Sitzungsablauf	44
3.2.1	Begrüßung und Einführung	44
3.2.2	Bedeutung depressiven Grübelns	45
3.2.3	Überblick über die Kursinhalte	48
3.2.4	Abschluss	49

4	Sitzung 2: Ursachen depressiven Grübelns	51
4.1	Theoretische Grundlagen	52
4.2	Sitzungsablauf	52
4.2.1	Begrüßung	53
4.2.2	Entwicklung eines individualisierten Grübelmodells	53
4.2.3	Vereinbaren therapeutischer Aufgaben	57
4.2.4	Abschluss	58
5	Sitzung 3: Aufmerksamkeitstraining	59
5.1	Theoretische Grundlagen	60
5.2	Sitzungsablauf	60
5.2.1	Begrüßung und Besprechung der therapeutischen Aufgaben	60
5.2.2	Durchführung der »attention training technique« (ATT)	61
5.2.3	Vereinbaren therapeutischer Aufgaben	65
5.2.4	Abschluss	65
6	Sitzung 4: Kontrolle depressiven Grübelns	67
6.1	Theoretische Grundlagen	68
6.2	Sitzungsablauf	68
6.2.1	Begrüßung, Besprechung der therapeutischen Aufgaben, ATT	69
6.2.2	Strategien zur Kontrolle depressiven Grübelns	69
6.2.3	Vereinbaren therapeutischer Aufgaben	73
6.2.4	Abschluss	73
7	Sitzung 5: Achtsame Distanzierung	75
7.1	Theoretische Grundlagen	76
7.2	Sitzungsablauf	76
7.2.1	Begrüßung und Auswertung des Verhaltensexperimentes	77
7.2.2	Achtsame Distanzierung	77
7.2.3	Vereinbaren therapeutischer Aufgaben	83
7.2.4	Abschluss	83
8	Sitzung 6: Modifikation positiver Metakognitionen	85
8.1	Theoretische Grundlagen	86
8.2	Sitzungsablauf	86
8.2.1	Begrüßung, Besprechung der Übungsaufgaben und Durchführung der Übung »Blätter im Fluss«	86
8.2.2	Modifikation positiver Metakognitionen	86
8.2.3	Vereinbaren therapeutischer Aufgaben	90
8.2.4	Abschluss	91
9	Sitzung 7: Umgang mit Symptomen – Grübeln, Hypervigilanz und Rückzug	93
9.1	Theoretische Grundlagen	94
9.2	Sitzungsablauf	94
9.2.1	Begrüßung, Besprechung der therapeutischen Aufgaben, ATT	95
9.2.2	Umgang mit negativer Stimmung und Symptomen	95

9.2.3	Vereinbaren therapeutischer Aufgaben	99
9.2.4	Abschluss	99
10	Sitzung 8: Umgang mit Symptomen – Akzeptanz und Aktivität	101
10.1	Theoretische Grundlagen	102
10.2	Sitzungsablauf	102
10.2.1	Begrüßung, Auswertung der Befragung und Durchführung der Übung »Blätter im Fluss«	103
10.2.2	Akzeptanz und Aktivität	103
10.2.3	Vereinbaren therapeutischer Aufgaben	107
10.2.4	Abschluss	107
11	Sitzung 9: Emotionale Verarbeitung – Expressives Schreiben	109
11.1	Theoretische Grundlagen	110
11.2	Sitzungsablauf	110
11.2.1	Begrüßung, Besprechung der therapeutischen Aufgaben, ATT	110
11.2.2	Expressives Schreiben	111
11.2.3	Vereinbaren therapeutischer Aufgaben	114
11.2.4	Abschluss	114
12	Sitzung 10: Probleme lösen	115
12.1	Theoretische Grundlagen	116
12.2	Sitzungsablauf	116
12.2.1	Begrüßung, Besprechung der therapeutischen Aufgaben und Durchführung der Übung »Blätter im Fluss«	116
12.2.2	Vermittlung einer allgemeinen Problemlösestruktur	117
12.2.3	Vereinbarung therapeutischer Übungen	120
12.2.4	Abschluss	120
13	Sitzung 11: Zusammenfassung und Abschluss	121
13.1	Theoretische Grundlagen	122
13.2	Sitzungsablauf	122
13.2.1	Begrüßung, Besprechung der therapeutischen Aufgaben und Durchführung des ATT	122
13.2.2	Rückschau auf die Gruppeninhalte	122
13.2.3	Beibehaltung des Gelernten	124
13.2.4	Abschluss	126
14	Anwendung im einzeltherapeutischen Setting	127
14.1	Integration in die Einzeltherapie	128
14.2	Einsatz weiterer Strategien und Methoden	130
III	Evaluation	133
15	Evaluation des Behandlungsprogramms	135
15.1	Beschreibung der Stichprobe	136
15.2	Beschreibung der Behandlungseffekte	136
15.3	Klinische Signifikanz	137

15.4	Zufriedenheit mit Sitzungen und Behandlung	137
15.5	Fazit	137
IV	Teilnehmermaterialien	139
16	Info- und Arbeitsblätter	141
	Über die Autoren	179
	Literatur	181
	Stichwortverzeichnis	195

Theoretischer Teil

Kapitel 1 Depressives Grübeln: Konsequenzen, Theorie und
Behandlung – 3

Depressives Grübeln: Konsequenzen, Theorie und Behandlung

- 1.1 **Verständnis depressiven Grübelns – 4**
- 1.2 **Überblick über den Forschungsstand zu Konsequenzen und Wirkweise depressiven Grübelns – 6**
 - 1.2.1 Experimentelle Untersuchungen – 7
 - 1.2.2 Naturalistische Untersuchungen – 7
- 1.3 **Bedeutung depressiven Grübelns für die Behandlung depressiver Patienten – 12**
- 1.4 **Funktionales vs. dysfunktionales repetitives Denken – 13**
- 1.5 **Theoretische Annahmen zur Aufrechterhaltung depressiven Grübelns – 14**
 - 1.5.1 Metakognitives Modell depressiver Störungen – 15
 - 1.5.2 Gedankenunterdrückung – 18
 - 1.5.3 Inhibitionsdefizite – 19
 - 1.5.4 Goal-Progress-Theorie ruminativer Gedanken – 19
 - 1.5.5 Annahmen zur Vermeidungsfunktion depressiven Grübelns – 21
 - 1.5.6 Fazit – 22
 - 1.5.7 Entwicklungsbedingte Antezedenzen – 23
- 1.6 **Therapeutische Ansätze zur Behandlung depressiven Grübelns – 23**
 - 1.6.1 Metakognitive Therapie depressiver Störungen – 24
 - 1.6.2 Behavioral Activation und »Rumination-focused Cognitive Behaviour Therapy« – 25
 - 1.6.3 Achtsamkeit und Akzeptanz – 28
 - 1.6.4 Ablenkung – 30
 - 1.6.5 Expressives Schreiben – 31
 - 1.6.6 Problemlösetraining – 32
 - 1.6.7 Fazit – 33

Die grüblerische Auseinandersetzung mit der eigenen Person, vergangenen bzw. gegenwärtigen Entscheidungen, Begegnungen und Geschehnissen ist ein charakteristisches Merkmal des Denkens depressiver Patienten. Wurde Grübeln lange Zeit ausschließlich als ein Epiphänomen bzw. als symptomatischer Ausdruck depressiver Stimmung betrachtet, ist die ätiologische Relevanz eines grüblerischen bzw. ruminativen Umgangs mit negativer Stimmung mittlerweile unbestritten.

Im Folgenden wird zunächst der Begriff depressives Grübeln bzw. Rumination definiert und vom verwandten Konstrukt des Sich-Sorgens abgegrenzt. Anschließend wird – unter Skizzierung störungsübergreifender Befunde – der Forschungsstand zur Bedeutung ruminativer Reaktionen für die Entstehung, Aufrechterhaltung, Intensivierung und Behandlung dysphorischer und depressiver Stimmungen bzw. Störungen überblicksartig zusammengefasst. Es folgt eine Darstellung verschiedener theoretischer Modelle und Annahmen zur Verursachung und Aufrechterhaltung von Grübelprozessen. Abschließend werden Annahmen und Methoden zur Behandlung depressiven Grübelns beschrieben.

➤ **Die Begriffe depressives Grübeln, Rumination und ruminativer Reaktionsstil werden im Rahmen der gesamten Darstellung gleichbedeutend benutzt.**

1.1 Verständnis depressiven Grübelns

Die Auseinandersetzung mit Grübelprozessen und deren Konsequenzen wurde in den vergangenen Jahrzehnten insbesondere durch die Arbeiten von Susan Nolen-Hoeksema (1991; Nolen-Hoeksema et al., 2008) angeregt und vorangetrieben. Im Rahmen der »response styles theory« (RST) mutmaßt Nolen-Hoeksema (1991), dass Dauer, Schwere und Verlauf depressiver Stimmungen und Störungen unabhängig von den ursprünglichen Auslösern der Verstimmung maßgeblich durch zwei gegensätzliche, habituelle Bewältigungsreaktionen beeinflusst werden, nämlich durch grüblerisch/ruminative und ablenkende Reaktionen. Eine vorhandene dys-

phorische Stimmung soll durch ruminative Reaktionen aufrechterhalten und verstärkt werden, während sie durch ablenkende Reaktionen vermindert werden soll. Während Nolen-Hoeksema (1991) im Rahmen ihrer Theorie somit eine grüblerische mit einer ablenkenden Reaktionsweise kontrastiert, wird im Folgenden zunächst nur auf das Verständnis eines grüblerisch/ruminativen Umgangs mit depressiver Stimmung eingegangen. Auf die Nutzung ablenkender Strategien wird in ► Abschn. 1.6.4 weiter eingegangen.

■ **Begriffsbestimmung**

Nolen-Hoeksema (1991) definiert Rumination als »Verhalten oder Gedanken, die die Aufmerksamkeit einer Person passiv auf ihre depressiven Symptome und auf die möglichen Ursachen, Implikationen und Konsequenzen dieser Symptome lenken« (Nolen-Hoeksema, 1991, p. 569). Reagiert eine Person in dieser Weise auf ihre gedrückte Stimmung, so richtet sich ihre Aufmerksamkeit beispielsweise auf Gedanken wie: »Ich fühle mich so traurig.« – »Was ist bloß los mit mir, dass ich mich so fühle?« – »Ich bin nicht in der Lage, meine Arbeit zu machen, wenn ich mich weiter so fühle.« Auch wenn Nolen-Hoeksema (1991) somit eine inhaltliche Eingrenzung perseverativ bedachter Themen vornimmt, beziehen sich ihre Thesen weniger auf Inhalte als auf prozessuale Aspekte, d. h. die depressionsverstärkende Wirkung ruminativer Reaktionen soll letztlich im Stil und nicht in den Inhalten, auf die sich die perseverierenden Prozesse beziehen, beruhen. Gleichwohl wurde das sehr eng und stark inhaltlich gefasste Verständnis ruminativer Reaktionen in der Konzeption von Nolen-Hoeksema (1991) verschiedentlich kritisiert (z. B. Brinker & Dozois, 2009) – nichtsdestotrotz liegt es einem Großteil der empirischen Forschungsarbeiten zugrunde (siehe unten).

Eine weniger inhaltslastige und stärker prozessbezogene Ruminationsdefinition stammt von Matthews und Wells (2004): Die Autoren definieren Grübeln »als repetitive Gedanken, die hervorgerufen werden durch den Versuch, selbstdiskrepantes Erleben zu bewältigen, und die vorrangig auf die Verarbeitung selbstreferentieller Inhalte und nicht auf unmittelbar zielbezogene Handlungen gerichtet sind« (p. 131). Der Definition zufolge

müssen sich Grübeleien in irgendeiner Form auf das Erleben einer Selbstdiskrepanz beziehen (z. B. indem sie sich auf einen Mangel an Selbstwertgefühl oder Selbstbewusstsein beziehen) – ein solches Diskrepanzerleben muss aber nicht wie in der Definition von Nolen-Hoeksema (1991) das Resultat einer erlebten depressiven Symptomatik sein. Es wird zudem zwischen aktiven Problemlöseprozessen auf der einen Seite und statisch, kontemplativen Reaktionen, die keine Orientierung hin zu einer Zustandsveränderung aufweisen, auf der anderen Seite differenziert.

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung diverser Forschungsbefunde lässt sich der Prozess des Grübelns beschreiben als ein rekursiver und persistierender Denkprozess, der ausgerichtet ist auf vergangene bzw. bereits eingetretene Ereignisse (Watkins et al., 2005), einen hohen Selbstbezug aufweist (Matthews & Wells, 2004) und geprägt ist durch eine pessimistische (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995) sowie vergleichsweise abstrakte (Watkins, 2008) Auseinandersetzung mit problembehafteten Themen, welche keine bzw. nur eine geringe Ziel- und Veränderungsorientierung (Hong, 2007) aufweist. Eine Veranschaulichung der verschiedenen Bestimmungsstücke depressiven Grübelns findet sich im Rahmen der Fallbeispiele 1a und 1b.

Fallbeispiel 1a

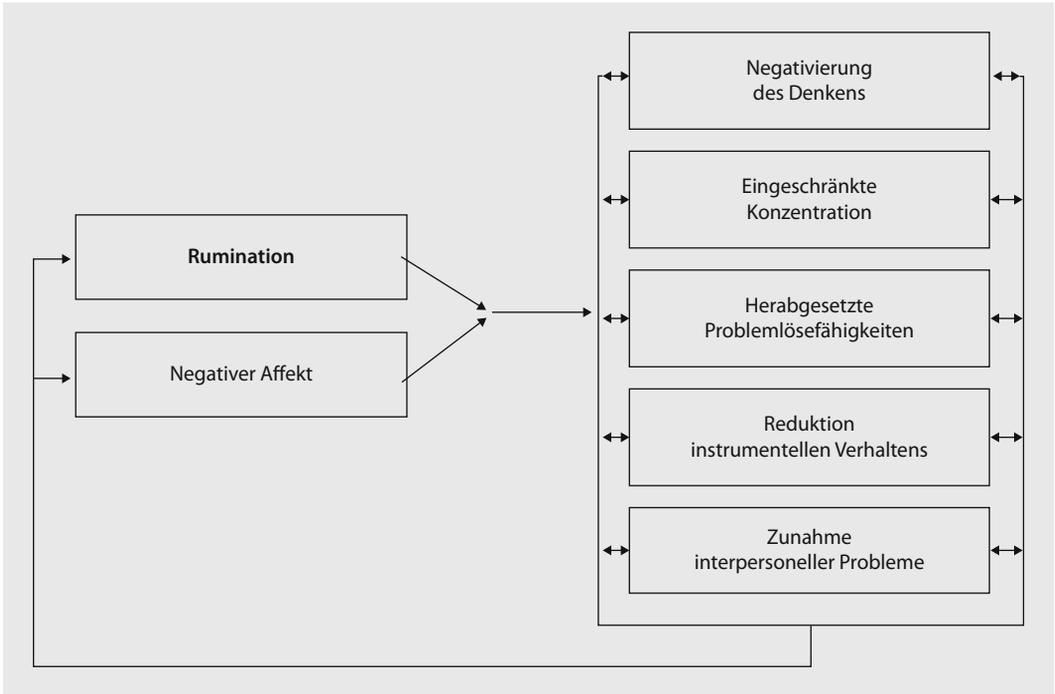
Frau W, eine 47 Jahre alte städtische Angestellte, leidet seit ihrem 19. Lebensjahr unter wiederkehrenden depressiven Episoden. Während solcher Phasen fühlt sie sich fast durchgehend wie eine »absolute Versagerin, die man auch einfach nicht mögen kann«. Sie grübelt dann ständig darüber nach, warum sie so wenig lebenswert geworden ist und warum ihre Ehe nicht gehalten hat. Zudem geht sie fast jede soziale Situation im Nachhinein gedanklich daraufhin durch, ob sie einen Fehler gemacht hat. Die Gedanken gehen dann immer mehr ins Allgemeine, sie fragt sich immer mehr, was ihre Freunde an ihr überhaupt mögen oder ob sie sich nur aus Mitleid mit ihr treffen. Sie ist dann »fast nur noch im Kopf«, bekommt nur wenig vom dem mit, was um sie herum geschieht, und fühlt sich durch die andauernden Gedanken nicht mehr in der Lage, ihre Freunde zu treffen oder zum Sport zu gehen.

Fallbeispiel 1b

Herr M. ist ein 22-jähriger Student der Romanistik, der sich, solange er denken kann, bei bedeutsamen wie auch alltäglichen Entscheidungen schwer tut. So wiegt er Vor- und Nachteile der einen oder anderen Möglichkeit immer wieder gegeneinander ab, ohne zu einer Entscheidung zu kommen. Diese Schwierigkeiten führen auch dazu, dass er ungewollt einen ganzen Abend alleine zuhause verbringt, weil er sich nicht entscheiden kann, ob er mit Freunden ins Kino oder doch zum Abschlussgrillen eines Seminars gehen soll. Er grübelt auch nach Entscheidungen lange darüber nach, ob beispielsweise eine Kaufentscheidung die richtige gewesen ist, und ärgert sich dann fast immer über sich. Er fragt sich, warum er von solchen Kleinigkeiten überfordert ist, was dies über ihn aussagt und ob es ihm je gelingen wird, sein Leben in den Griff zu bekommen. Immer wieder fühlt er sich depressiv und zweifelt an seinem Wert als Mensch.

Ein dem Grübeln verwandtes Konstrukt stellt das Sich-Sorgen (worry, Borkovec et al., 1983a) dar, das v. a. im Rahmen von Untersuchungen zur generalisierten Angststörung erforscht wurde. Borkovec et al. (1983a, p. 10) definieren Sorgen als »eine Kette von Gedanken und Vorstellungen, die mit negativem Affekt einhergehen und als unkontrollierbar erlebt werden«. Der Sorgenprozess repräsentiert den Autoren zufolge den Versuch einer mentalen Problemlösung, deren Ausgang unsicher ist, aber die Möglichkeit eines negativen Ausgangs beinhaltet.

Ruminations- und Sorgenmaße korrelieren signifikant miteinander (z. B. Muris et al., 2005; Watkins, 2004) und beide Prozesse sind gekennzeichnet durch repetitive, perseverative Gedankenschleifen, die einen hohen Selbstbezug aufweisen und mit negativer Affektivität assoziiert sind. Phänomenologisch unterscheiden sich Grübel- und Sorgenprozesse jedoch in einem wichtigen Aspekt: Während Sorgen sich auf Ereignisse beziehen, die in der Zukunft geschehen könnten (»Was ist, wenn ...?«), drehen sich Grübeleien v. a. um vergangene (bzw. bereits eingetretene) Ereignisse (»Warum fühle ich mich so? Was bedeutet das?«).



■ **Abb. 1.1** Wirkweise ruminativer Reaktionen. Aus: Teismann et al. (2011a). Rumination und Ablenkung. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 61. Mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlags

➤ **Sorgen beschäftigen sich mit der Antizipation und Prävention von potentiellen Gefahren, während Grübeln eher dazu dient, die Bedeutung von Situationen und Ereignissen zu erfassen.**

Depressive Patienten zeigen sowohl eine erhöhte Ruminationsneigung als auch eine Neigung zum Sich-Sorgen (Chelminski & Zimmerman, 2003; Starcevic, 1995). Beide Prozesse sind somit für die Behandlung depressiver Patienten relevant.

1.2 Überblick über den Forschungsstand zu Konsequenzen und Wirkweise depressiven Grübelns

Die depressionsintensivierende und -prolongierende Wirkung depressiven Grübelns wird von Nolen-Hoeksema (1991) darauf zurückgeführt, dass sich durch die Selbst-Fokussierung auf negative Emotionen die Zugänglichkeit zu stimmungskongruen-

ten Kognitionen erhöht und die Personen in einen Aufschaukelungsprozess aus negativen Gedanken, Interpretationen, Bewertungen und Erinnerungen geraten. Zudem werden Interferenzen des Ruminierens mit der Konzentration, dem Problemlösen und der Handlungsinitiierung sowie negativen Auswirkungen auf interpersonelle Beziehungen erwartet (■ Abb. 1.1). In der Folge soll sich schließlich die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Betroffenen mit Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit auf initiales Symptomerleben reagieren. Es wird somit angenommen, dass ruminative Reaktionen zu einer Verstärkung bzw. Intensivierung und Ausweitung im Kontext dysphorischer Stimmung üblicherweise ablaufender Prozesse beitragen. Es wird dabei von einer wechselseitigen Aufschaukelung ausgegangen: Prototypisch betrachtet sollen ruminative Reaktionen den Einfluss negativer Stimmung auf Denkprozesse verstärken, wodurch es zu einer Intensivierung negativer Stimmung kommen soll, auf welche wiederum mit vermehrter Rumi-

nation reagiert wird usw. (Lyubomirsky & Tkach, 2004).

Untersuchungen zu Einfluss und Wirkweise depressiven Grübelns wurden in experimentellen und naturalistischen Settings durchgeführt. Zentrale Studienbefunde werden im Folgenden skizziert – eine umfassende Darstellung der Befundlage ist im Rahmen dieses Buches leider nicht möglich. Übersichten finden sich u. a. bei Lyubomirsky und Tkach (2004), Nolen-Hoeksema et al. (2008), Rood et al. (2009), Smith und Alloy (2009), Teismann et al. (2011a), Thomsen (2006) und Watkins (2008).

1.2.1 Experimentelle Untersuchungen

Im Rahmen experimenteller Studien wurde entweder eine negative Stimmung induziert oder es wurde mit dysphorischen bzw. depressiven Personen gearbeitet. Typischerweise werden ruminative und ablenkende Reaktionen sodann als Zustandsvariablen experimentell induziert, indem die Probanden veranlasst werden, ihre Aufmerksamkeit für mehrere Minuten entweder auf ihren aktuellen emotionalen und körperlichen Zustand sowie die Ursachen und Konsequenzen ihrer Empfindungen zu richten (z. B. »Denken Sie daran, was Ihre Gefühle bedeuten«; Ruminations-Bedingung) oder aber auf verschiedene Gedanken, die keinen Selbstbezug aufweisen (z. B. »Denken Sie an zwei Vögel, die auf einem Ast sitzen«; Ablenkungs-Bedingung). Entsprechend der theoretischen Vorannahmen zeigte sich in der Mehrzahl experimenteller Studien, dass die Ruminationsinduktion im Vergleich zu einer Ablenkungsinduktion regelhaft in eine Intensivierung bzw. Aufrechterhaltung dysphorischer Stimmung mündet, während die Ablenkungsinduktion mit einer signifikanten Stimmungsaufhellung einhergeht (z. B. Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Park et al., 2004; Schilling & Spies, 1999; Trask & Sigmon, 1999). In vergleichbarer Weise wirkt sich eine Achtsamkeitsinduktion (z. B. »Achten Sie auf Ihre Gedanken und Gefühle, ohne diese zu bewerten«, »Achten Sie auf Ihren Atem«) im Vergleich zu einer Ruminationsinstruktion deutlich stimmungsaufhellend aus (z. B. Broderick, 2005; Huffziger & Kühner, 2009).

In experimentellen Untersuchungen zur Wirkweise ruminativer Reaktionen fanden sich darüber hinaus in Folge der Ruminationsinduktion und in Relation zu einer Ablenkungsinduktion u. a. eine Zunahme pessimistischer Attributionen, negativer Interpretationen und Selbstbewertungen, ein vermehrter Abruf negativer Gedächtnisinhalte und eine verminderte Konzentrationsfähigkeit (Lyubomirsky & Tkach, 2004). Grübeln führt also tatsächlich zu einer Negativierung des Denkens. Darüber hinaus zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen, dass die Induktion ruminierender Reaktionen bei dysphorischen und depressiven Personen mit einer geringeren Produktivität und Güte bei der Lösung von interpersonellen Problemen wie auch vermehrter Unsicherheit bezüglich der Güte generierter Lösungen einherging und dass dysphorische Probanden nach einer Ruminationsinduktion weniger gewillt waren, an ablenkenden, angenehmen Aktivitäten teilzunehmen, auch wenn sie angaben, dass sie diese wahrscheinlich genießen würden (z. B. Donaldson & Lam, 2004; Kao et al., 2006; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Ward et al., 2003). Interessanterweise war es in einer Studie von Lyubomirsky und Nolen-Hoeksema (1993) nicht die depressive Stimmung an sich, sondern nur die Kombination aus Grübeln und depressiver Stimmung, die mit geringerer Motivation zur Teilnahme an ablenkenden Aktivitäten einherging.

Zusammenfassend stützen die Befunde aus experimentellen Studien somit die Annahmen von Nolen-Hoeksema (1991), dass Grübeln zu einer Zunahme negativen Denkens und einer Abnahme der Konzentrationsfähigkeit, der Problemlösekompetenz und der Initiierung instrumenteller Aktivitäten führt.

1.2.2 Naturalistische Untersuchungen

In naturalistischen Studien wurde der Einfluss von Rumination auf depressive Stimmung meist unter Verwendung des von Nolen-Hoeksema und Morrow (1991) entwickelten »Response Styles Questionnaire« (RSQ) untersucht. Der Fragebogen umfasst die beiden Subskalen Rumination (21 Items, z. B. »Wenn ich mich traurig oder niedergeschlagen fühle, ...denke ich daran, wie allein ich mich füh-

le.«) und Ablenkung (11 Items, z. B. » ...tue ich etwas, was mir Freude macht.«). Unter Verwendung des Fragebogens zeigte sich wiederholt, dass die individuelle Ruminationsneigung – auch unter bedeutsamen Veränderungen depressiver Stimmung – eine relativ stabile Reaktionsweise auf negative Stimmung darstellt, was impliziert, dass ein ruminativer Reaktionsstil als ein Persönlichkeitsmerkmal verstanden werden kann (z. B. Bagby et al., 2004; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999).

In diversen querschnittlichen Untersuchungen zeigte sich nunmehr, dass vermehrtes Grübeln bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit höheren Depressionswerten assoziiert ist (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Zudem weisen akut depressive Patienten eine stärkere Grübelneigung auf, als sich in Remission befindende Depressive und Gesunde (z. B. Joormann & Gotlib, 2010). In nicht-klinischen Studien weisen Frauen ab der Adoleszenz eine höhere Ruminationsneigung auf als Männer, und der grübelbezogene Geschlechterunterschied mediiert in einigen Untersuchungen den Geschlechterunterschied in den Depressionsraten, d. h. Unterschiede in der Grübelneigung scheinen zu Unterschieden in der Prävalenz depressiver Störungen zwischen Männern und Frauen beizutragen (z. B. Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Cox et al., 2010; Grant et al., 2004; Jose & Brown, 2008; Mezulis et al., 2002; Nolen-Hoeksema et al., 1999). In klinischen Stichproben findet sich i.d.R. hingegen kein Unterschied hinsichtlich der Ruminationsneigung von Männern und Frauen (z. B. Bagby et al., 1999; Kühner & Weber, 1999):

Depressiv erkrankte Männer grübeln gleichermaßen viel wie depressive Frauen.

Schließlich zeigte sich in diversen Einzeluntersuchungen, dass die Grübelneigung signifikant korreliert mit einem depressogenen Attributionsstil, dysfunktionalen Kognitionen, Perfektionismus, Hoffnungslosigkeit, geringem Selbstwert, Neurotizismus, dem vermehrten Erleben intrusiver Erinnerungsbilder und Schwierigkeiten im Abruf konkreter Erinnerungen – um nur einige Befunde zu nennen (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Es verwundert vor diesem Hintergrund nicht, dass Personen, die zu vermehrtem Grübeln neigen, auch mehr Schwierigkeiten in interpersonellen Beziehungen berichten (z. B. Flynn et al., 2010; Pearson

et al., 2010) und weniger zufrieden sind mit der Unterstützung, die ihnen durch nahestehende Personen zuteil wird (Aymanns et al., 1995; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Spasojevic et al., 2004).

Entsprechend der Annahmen von Nolen-Hoeksema (1991) zeigte sich schließlich in einer Vielzahl prospektiver Längsschnittuntersuchungen, dass das Ausmaß dispositioneller Ruminationsneigung signifikant zur Vorhersage späterer Depressionswerte von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beiträgt (u. a. Abela et al., 2007; Erdur-Baker, 2009; Hilt et al., 2010; Hong, 2007; Huffziger & Kühner, 2009; Roberts et al., 1998; Rohan et al., 2003; Schwartz & Koenig, 1996; Young & Azam, 2003). Erstmalig konnte dieser Effekt in einer prospektiven Untersuchung von Nolen-Hoeksema und Morrow (1991) an Studierenden vor und nach einem Erdbeben in der Bucht von San Francisco gezeigt werden. Diejenigen Personen, die bereits vor dem Erdbeben durch einen ruminativen Coping-Stil gekennzeichnet waren, wiesen nach dem Erdbeben ausgeprägtere und länger anhaltende Symptome einer Depression auf. Nolen-Hoeksema et al. (1993) zeigten in einer Folgeuntersuchung, dass die depressionsverlängernde Wirkung von ruminativen Reaktionen auch dann zu beobachten ist, wenn die ursprüngliche Verstimmung nicht auf ein unkontrollierbares Lebensereignis zurückzuführen ist, sondern auf Stimmungsschwankungen im Alltag.

In einer Untersuchung an Personen mit einer Geschichte saisonaler depressiver Episoden konnten Young et al. (2008) schließlich zeigen, dass das Erleben vermehrter Müdigkeit/Energierlosigkeit v. a. dann mit vermehrter dysphorischer Stimmung assoziiert ist, wenn Personen in grüblerischer Weise auf diese vegetative Symptomatik reagierten. Insgesamt zeigte sich, dass in sämtlichen Untersuchungen der prädiktive Wert ruminativen Copings auch nach statistischer Kontrolle der Ausgangsdepressivität bestehen blieb. Dies spricht dafür, dass ein ruminativer Reaktionsstil nicht nur ein Symptom oder ein Epiphänomen der Depression ist, sondern eigene Varianzanteile am Verlauf depressiver Stimmungen vorhersagen kann.

➤ **Grübeln stellt einen psychologischen Mechanismus dar, der unabhängig von der Stärke einer Depression individuell dif-**

ferieren kann und zur Aufrechterhaltung von depressiven Stimmungen in entscheidender Weise beiträgt (Hoyer, 2000a).

Während sich die depressionsintensivierende Wirkung ruminativer Reaktionen somit gut nachweisen ließ, ist die Befundlage zur von Nolen-Hoeksema (1991) postulierten depressionsverlängernden Wirkung uneinheitlich: So konnten beispielsweise Kühner und Weber (1999) zeigen, dass Patienten, die zum Ende eines stationären Aufenthaltes erhöhte Ruminationswerte aufwiesen, ein erhöhtes Risiko hatten, drei Monate später weiterhin die Kriterien einer Episode einer Major Depression zu erfüllen, wohingegen sich in anderen Studien kein Zusammenhang zwischen der Ruminationsneigung und der Dauer depressiver Stimmungen und Störungen fand (Just & Alloy, 1997; Lara et al., 2000; Nolen-Hoeksema, 2000).

Über die ursprünglichen theoretischen Annahmen hinausgehend ließ sich in einer Reihe von Untersuchungen jedoch zeigen, dass initial nicht-depressive Personen, die sich habituell auf grüblerische Weise mit negativer Stimmung auseinandersetzen, ein erhöhtes Risiko aufweisen, an einer klinisch relevanten Major Depression Episode zu erkranken (Ito et al., 2006; Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2007; Robinson & Alloy, 2003; Spasojevic & Alloy, 2001). In einer ersten entsprechenden Untersuchung fanden z. B. Just und Alloy (1997), dass ein ruminativer Reaktionsstil ein Prädiktor für das Auftreten einer depressiven Episode innerhalb des Untersuchungszeitraumes von 18 Monaten war. Unter Verwendung des Datensatzes von Just und Alloy (1997) konnten Spasojevic und Alloy (2001, 2002) zeigen, dass der Zusammenhang zwischen diversen Risikofaktoren – negativer kognitiver Stil, Selbstkritik, Neediness (Bedürftigkeit), emotionale und sexuelle Missbrauchserfahrungen, überkontrollierender Erziehungsstil der Eltern, Anzahl vergangener depressiver Episoden – und der Entwicklung einer depressiven Episode über die individuelle Grübelneigung vermittelt wird.

Nolen-Hoeksema et al. (2007) konnten schließlich in einer Längsschnittuntersuchung an adolescenten Mädchen zeigen, dass ein ruminativer Reaktionsstil nicht nur einen wesentlichen Prädiktor für die Entwicklung einer depressiven Episode

darstellt, sondern zudem für das Auftreten einer bulimischen Symptomatik und eines Substanzmissbrauchs. Darüber hinaus wiesen die Ergebnisse daraufhin, dass das Erleben depressiver Symptome prädiktiv war für eine Zunahme grüblerischer Selbstbetrachtung – was vermuten lässt, dass in der Adoleszenz ein gegenseitiger Aufschaukelungsprozess depressiver Symptome und ruminativer Reaktionen einsetzen kann.

Die prädiktive Bedeutung eines ruminativen Umgangs für das vermehrte und intensivierte Erleben dysphorischer Stimmung zeigte sich überdies nicht nur in Studien, die den Response Styles Questionnaire nutzten, sondern auch in Untersuchungen, die einen anderen methodischen Zugang gewählt haben, wie z. B. Tagebücher (Nolen-Hoeksema et al., 1993; Young & Azam, 2003), Interviews (Nolen-Hoeksema et al., 1997) oder Experience-Sampling-Methodik, also eine computergestützte Erfassung von Grübelprozessen im Tagesablauf (Moberly & Watkins, 2008). Darüber hinaus kommen Autoren, die den Begriff des Grübelns inhaltlich anders fassen (z. B. Brinker & Dozois, 2009; Ito et al., 2006; Raes et al., 2006) und entsprechend divergierende Messinstrumente verwenden, zu vergleichbaren Ergebnissen:

Robinson und Alloy (2003) entwickelten beispielsweise – in Ergänzung zu den Annahmen von Nolen-Hoeksema (1991) – das Konzept des stressreaktiven Grübelns (»stress-reactive rumination«). Gemeint ist mit stressreaktivem Grübeln die Tendenz, sich in Reaktion auf schwierige Lebensereignisse anhaltend mit negativen Attributionen, Schlussfolgerungen und Hilflosigkeitskognitionen zu beschäftigen. Im Rahmen des Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project (CVD; Alloy & Abramson, 1999), einer Längsschnittuntersuchung, in der prospektiv die Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen und negativer Attributionsmuster für die Entstehung und das Wiederauftreten depressiver Störungen untersucht wurde, konnten Robinson und Alloy (2003) zeigen, dass die Interaktion zwischen einem negativen kognitiven Stil und stressreaktivem Grübeln einen Prädiktor für die Entwicklung einer depressiven Episode darstellt. Im Detail zeigte sich, dass Studierende, die aufgrund ausgeprägter dysfunktionaler Kognitionen und ungünstiger Attributionsmus-

ter als Hochrisikogruppe klassifiziert wurden, im Untersuchungszeitraum von 2,5 Jahren in 16,2% der Fälle erstmalig an einer Depression erkrankten – im Vergleich zu 2,7% der Fälle in der Niedrigrisikogruppe (Alloy et al., 2004).

In der von Robinson und Alloy (2003) untersuchten Substichprobe zeigte sich des Weiteren, dass es bei den Probanden, die sowohl der Hochrisikogruppe angehörten als auch eine erhöhte Grübelneigung aufwiesen, in 34% der Fälle zu einer depressiven Ersterkrankung kam – im Vergleich zu einer Ersterkrankungsrate von 12,5% in der Gruppe der Probanden, die zwar zur Hochrisikogruppe gehörten, aber nur eine geringe Grübelneigung aufwiesen. In der Niedrigrisikogruppe fand sich keine entsprechende Interaktion von dysfunktionalen Kognitionsmustern und der Grübelneigung. Zusammenfassend lässt sich somit Folgendes festhalten:

➤ **Eine grüblerische Auseinandersetzung mit depressiver Stimmung ist ein zentraler Vulnerabilitätsfaktor für die Intensivierung und Aufrechterhaltung depressiver Symptome wie auch für die Entstehung klinisch relevanter depressiver Episoden.**

Die entsprechenden Effekte zeigen sich dabei in unterschiedlichen Populationen, unter Verwendung verschiedener Messverfahren (Fragebogen, Interview, Selbstbericht), verschiedener Studiendesigns, wie auch in Bezug auf variierende Definitionen ruminativer Reaktionen. Mittlerweile liegt zudem eine große Anzahl empirischer Arbeiten zur Bedeutung ruminativer Reaktionen für andere Emotionen, Symptommuster und Störungen vor.

■ **Exkurs: Emotions- und störungsübergreifende Bedeutung ruminativer Reaktionen**

Bereits in einer frühen experimentellen Untersuchung konnten Rusting und Nolen-Hoeksema (1998) zeigen, dass die Induktion ruminativer Reaktionen auch zur Aufrechterhaltung von Ärgerempfindungen beiträgt (vgl. u. a. Ray et al., 2008). Des Weiteren zeigte sich in experimentellen Studien, dass Grübeln zu einer Intensivierung ängstlicher Stimmung führt (Bladgen & Craske, 1996; Eßmann & de Jong-Meyer, 2008; McLaughlin et al.,

2007), und in prospektiven Untersuchungen zeigte sich, dass Grübeln prädiktiv ist für das Erleben von Angst (z. B. Calmes & Roberts, 2007; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). Verschiedene kognitive Angststörungsmodelle messen ruminativen Reaktionen entsprechend eine zentrale Bedeutung für die Aufrechterhaltung der jeweiligen Störung bei, z. B. Ehlers und Clark (2000) in Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung, Clark und Wells (1995) in Bezug auf die soziale Phobie und Davey (1995) in Bezug auf phobische Störungen allgemein. Einzelne Befunde zur störungsübergreifenden Bedeutung persistierenden Grübelns werden im Folgenden skizziert (vgl. Ehring & Watkins, 2008).

Die empirische Befundlage zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) zusammenfassend, kommen Michael et al. (2007) zu dem Schluss, dass Grübeln einer der bedeutsamsten Prädiktoren persistierender PTB ist. So zeigte sich u. a. in einer prospektiven Studie von Ehring et al. (2008), dass wiederholtes, perseveratives Nachdenken über Ursachen, Konsequenzen und Implikationen eines traumatischen Ereignisses die Intensität der PTB-Symptomatik – unter Kontrolle initialer Symptombelastung – sechs Monate nach einem Verkehrsunfall signifikant vorhersagt. Grundsätzlich weisen Personen, die an einer PTB leiden, höhere Ruminationswerte auf als Personen, die im Anschluss an ein Trauma keine Störung entwickelt haben (z. B. Michael et al., 2007). In einer unkontrollierten Behandlungsstudie konnten Sezibera et al. (2009) schließlich zeigen, dass eine grübel fokussierte PTB-Behandlung zu einem signifikanten Rückgang der Schwere der PTB-Symptomatik von traumatisierten Jugendlichen in Ruanda beigetragen hat.

In Bezug auf soziale Ängste zeigte sich in einer Vielzahl von Studien, dass sozial-ängstliche Personen (u. a. Dannahy & Stopa, 2006; Kocovski & Rector, 2007) und sozial-phobische Personen (u. a. Kocovski & Rector, 2008) nach sozialen Interaktionen vermehrt zu sog. »post-event processing« (PEP) bzw. »post-event rumination« neigen, d. h. ihre Performanz in sozialen Situationen rückblickend wiederholt auf ungeschickt-peinliches Verhalten hin prüfen (Brozovich & Heimberg, 2008). Inhaltlich ist PEP dabei gekennzeichnet durch aufwärtsgerichtetes kontrafaktisches Denken, d. h. die